

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Direktor: Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Möller

**Behandlung vital gefährdeter Anorexia nervosa Patienten
unter Berücksichtigung der Möglichkeiten des Betreuungsrechts**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Marion Ortner
aus
München

2008

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
Der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. med. G. Laakmann
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. med. Randolph Penning Prof. Dr. med. Manfred Fichter Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körner
Dekan:	Prof. Dr. med. Dr. h.c. M. Reiser, FACR
Tag der mündlichen Prüfung:	04.12.2008

Meiner Familie

Inhaltsverzeichnis

Seite

1	Einleitung	1
1.1	Anorexia nervosa: Diagnosekriterien	3
1.1.1	Diagnosekriterien nach ICD-10	3
1.1.2	Diagnosekriterien nach DSM-IV	4
1.1.3	Einteilung der Konsensusgruppe zu Prävention, Clearing, Therapie und Nachsorge von PatientInnen mit Essstörungen in Bayern	5
1.2	Epidemiologie der Anorexia nervosa	6
1.3	Komorbidität bei Anorexia nervosa	8
1.4	Behandlung der Anorexia nervosa	10
1.4.1	Allgemeine Behandlung und Behandlungsziele bei behandlungsbereiten Anorexia nervosa Patienten	10
1.4.2	Behandlung von krankheitsuneinsichtigen und behandlungsunwilligen Anorexia nervosa Patienten mit vital gefährdenden schwersten Krankheitsverläufen	12
1.5	Rechtliche Betreuung	14
1.5.1	Voraussetzungen für die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung	15
1.5.2	Umfang der Betreuung, Pflichten des Betreuers	15
1.6	Unterbringung	16
1.6.1	Unterbringung nach dem Betreuungsrecht	16
1.6.2	Familienrichterliche Unterbringung Minderjähriger	17
1.6.3	Unterbringung nach dem Bayerischen Unterbringungsgesetz	17
1.7	Fragestellung	19
1.7.1	Die Diagnostische Einordnung der Patientinnen	19
1.7.2	Die Rechtsgrundlage der Behandlung	19

1.7.3	Psychopathologische Befunde.....	19
1.7.4	Gewichtsentwicklung und Behandlungsdauer	20
1.7.5	kardiovaskuläre Befunde.....	20
1.7.6	Laborveränderungen.....	20
1.7.7	Zuverlässige Einrichtung	20
1.7.8	Erkrankungsdauer.....	20
1.7.9	Laxantienmissbrauch.....	20
1.7.10	Suizidversuche	20
1.7.11	Bildungshintergrund und soziales Umfeld der Patientinnen.....	20
1.7.12	Sexuelle Gewalt.....	20
1.7.13	Psychiatrische Familienanamnese.....	21
1.7.14	Somatische Anamnese.....	21
1.7.15	Stationäre und ambulante Vorbehandlung	21
1.7.16	Ernährung	21
1.7.17	Ärztliche Behandlung.....	21
1.7.18	Pflegerische Behandlung.....	21
1.7.19	Medikamentöse Therapie	21
1.7.20	MRT	21
1.7.21	HAWIE-R.....	21
1.7.22	Weiterbehandlung	21
2	Methode.....	23
2.1.1	Behandlungskonzept	23
2.1.1.1	Aufnahme	24
2.1.1.2	Behandlung und Verlauf	26
2.1.1.3	Entlassung und Weiterbehandlung.....	29

2.1.2.....	Auswertung	31
2.1.2.1	Gruppenauswertung	31
2.1.2.2	Kasuistiken	32
3	Ergebnisse	33
3.1	Aufnahme	33
3.1.1	Anlass der Aufnahme	33
3.1.2	Rechtsgrundlage bei Aufnahme	34
3.1.3	Psychopathologischer Aufnahmebefund.....	35
3.1.4	Somatischer Aufnahmebefund	37
3.1.5	Zuverlegende Klinik / einweisender Arzt	49
3.1.6	Anamnese	49
3.1.7	Vorbehandlung	56
3.2	Behandlung und Behandlungsverlauf der Gesamtgruppe	59
3.2.1	Rechtsgrundlage während der Behandlung.....	59
3.2.2	Behandlungsdauer in der Psychiatrischen Klinik der LMU.....	61
3.2.3	Entwicklung des Körpergewichts während der Behandlung	62
3.2.4	Entwicklung des Body-Mass-Index während der Behandlung	63
3.2.5	Ärztliche Behandlung.....	63
3.2.6	Pflegerische Behandlung.....	64
3.2.7	Ernährung	64
3.2.8	Medikamentöse Behandlung	72
3.2.9	Fakultative Zusatzuntersuchungen während der Behandlung.....	74
3.3	Entlassung und Weiterbehandlung.....	77
3.3.1	Rechtsgrundlage bei Entlassung.....	77
3.3.2	Psychopathologischer Entlassungsbefund.....	77

3.3.3	Somatischer Entlassungsbefund	78
3.3.4	Entlassungsmedikation	87
3.3.5	Weiterbehandlung	88
4	Diskussion	89
4.1	Diagnostische Einordnung der Patientinnen	90
4.2	Die Rechtsgundlage der Behandlung	91
4.2.1	Anwendung des Betreuungsrechts	92
4.2.2	Angehörige als Betreuer: Der innere Konflikt	95
4.2.3	Betreuungsrechtliche Unterbringung	96
4.2.4	Familiengerichtliche Unterbringung minderjähriger Patienten.....	97
4.2.5	Bayerisches Unterbringungsgesetz (Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker und deren Betreuung)	98
4.2.6	Änderung der Rechtsgrundlage im Behandlungsverlauf	99
4.3	Psychopathologische Befunde.....	100
4.4	Gewichtsentwicklung und Behandlungsdauer	101
4.5	Kardiovaskuläre Befunde	102
4.6	Laborveränderungen.....	103
4.6.1	Elektrolyte	103
4.6.2	Leukopenie und Anämie	104
4.7	Zuverlegende Einrichtung	105
4.8	Krankheitsdauer	106
4.9	Laxantienmissbrauch.....	107
4.10	Suizidversuche	108
4.11	Sozialer Hintergrund und soziales Umfeld der Patientinnen	108
4.12	Sexuelle Gewalt.....	109

4.13	Psychiatrische Familienanamnese der Patientinnen.....	109
4.14	Somatische Anamnese.....	109
4.15	Stationäre und ambulante Vorbehandlung der Patientinnen?	110
4.16	Die Ernährung der Patientinnen	111
4.16.1	Ernährungssonden	111
4.16.2	Gewichtsänderungen nach Absetzen der Sondenkost.....	113
4.16.3	Gefahren der Sondenernährung.....	113
4.17	Ärztliche Behandlung.....	114
4.18	Pflegerische Behandlung.....	115
4.19	Medikamentöse Therapie	116
4.20	Kraniales MRT.....	116
4.21	HAWIE-R.....	116
4.22	Weiterbehandlung	117
4.23	Ausblick	117
5	Zusammenfassung.....	121
6	Anhang	123
6.1	Tabellenanhang	123
6.2	Kasuistiken.....	129
6.2.1	Patientin 1.....	129
6.2.2	Patientin 2.....	135
6.2.3	Patientin 3.....	141
6.2.4	Patientin 4.....	148
6.2.5	Patientin 5.....	155
6.2.6	Patientin 6.....	162

6.2.7	Patientin 7.....	168
6.2.8	Patientin 8.....	174
6.2.9	Patientin 9.....	181
6.2.10	Patientin 10.....	187
6.2.11	Patientin 11.....	193
6.2.12	Patientin 12.....	200
6.2.13	Patientin 13.....	206
6.2.14	Patientin 14.....	212
6.2.15	Patientin 15.....	219
6.2.16	Patientin 16.....	226
6.2.17	Patientin 17.....	232
6.2.18	Patientin 18.....	238
6.2.19	Patientin 19.....	245
6.2.20	Patientin 20.....	251
6.2.21	Patientin 21.....	257
6.2.22	Patientin 22.....	263
6.2.23	Patientin 23.....	269
6.2.24	Patientin 24.....	275
6.2.25	Patientin 25.....	281
7	Abkürzungsverzeichnis	287
8	Literaturverzeichnis.....	289
9	Lebenslauf	295

1 Einleitung

Anorexia nervosa ist eine Krankheit, die durch selbst herbeigeführten Gewichtsverlust auf Grund von Vermeiden hochkalorischer Speisen charakterisiert ist und vor allem bei jungen Frauen in Industrienationen auftritt (Frauen:Männer = 10:1). Besonders bei chronischen Krankheitsverläufen oder bei einem Body-Mass-Index (BMI) $<12 \text{ kg/m}^2$ endet diese Krankheit oft tödlich (Mortalität bis zu 20 %). Bei schwersten Krankheitsverläufen kommt es oft zu lebensbedrohlichen Zuständen, die zu notfallmäßigen Behandlungen in Krankenhäusern und Intensivstationen führen.

Befinden sich die vital gefährdeten Patienten in einem akut vital gefährdeten Zustand, müssen sie notfallmäßig internistisch behandelt werden. Sind die Patienten bewusstlos, darf sie der Arzt in Annahme der Einwilligung der Patienten als Geschäftsführer ohne Auftrag behandeln. Sind die Patienten ansprechbar und bewusstseinsklar, ist eine Behandlung dieser Patienten nur mit ihrer Zustimmung möglich. Verweigern sie teilweise oder gänzlich Behandlungsmaßnahmen, dürfen diese nicht durchgeführt werden oder die Patienten müssen sogar entlassen werden. Besteht eine weitere vitale Gefährdung der Patienten, ist der behandelnde Arzt auch in der Intensivabteilung mit der Frage konfrontiert, ob er die Behandlung mit Hilfe des Gerichtes auf Grundlage des Betreuungsrechtes fortsetzen muss. Nach erfolgreicher intensivmedizinischer Behandlung können die Patienten auf freiwilliger Basis der weit gefächerten Anorexiebehandlung in Spezialeinrichtungen für Essstörungen zugeführt werden. Sind die Patienten allerdings krankheitsuneinsichtig und behandlungsunwillig, ist abzusehen, dass sie bei weiter bestehender Krankheit durch den selbst herbeigeführten Gewichtsverlust erneut in einen akut vital bedrohlichen Zustand geraten und erneut internistisch intensivpflichtig werden.

Nachdem mehrere therapieunwillige Anorexie Patienten mit schwerstem Krankheitsverlauf nach notfallmäßiger Behandlung auf der internistischen Intensivstation auf die geschlossene Station der psychiatrischen Klinik der LMU München verlegt wurden und einige dieser Patienten schon mehrmals im Rahmen akuter lebensbedrohlicher Krisen in internistischen Intensivstationen behandelt worden waren, stellte sich die Frage, ob und wie weit es sinnvoll ist, krankheits- und behandlungsuneinsichtige Patienten unter Nutzung der Möglichkeiten des Betreuungsrechts längerfristig zu behandeln. Ziel einer derartigen längerfristigen Behandlung

war es, bei schwerst anorexiekrankte und therapieunwillige Patienten mit Hilfe einer ärztlichen und pflegerischen Behandlung unter geschlossen psychiatrischen Bedingungen die anorektische Symptomatik zu verbessern und über längere Zeit eine kontinuierliche Gewichtszunahme zu erreichen, um den körperlichen und psychiatrischen Zustand der Patienten soweit zu stabilisieren, dass sie erfolgreich an einem psychotherapeutischen und verhaltenstherapeutischen Programm in Spezialeinrichtungen für Essstörungen teilnehmen können. Ein weiteres Ziel war es, die Krankheitsuneinsichtigkeit und Therapieunwilligkeit ab- und die Therapiemotivation aufzubauen, so dass die Patienten in die Lage versetzt würden, ihre „eigenen Angelegenheiten“ wahrzunehmen und selber für ihre Behandlung zu sorgen. Da auch von weniger schwer kranken anorektischen Patienten bekannt war, dass sie durch manipulatives und unkooperatives Verhalten sowohl unter ambulanten als auch unter stationären Behandlungsbedingungen oft eine Gewichtszunahme vermeiden, erschien es notwendig, diese Patienten unter streng kontrollierten Bedingungen auf einer geschlossenen psychiatrischen Station zu behandeln und nicht nur eine rechtliche Betreuung, gegebenenfalls auch Unterbringung zu beantragen, sondern zusätzlich eine richterliche Genehmigung für die eventuell notwendigen Behandlungsmaßnahmen auch gegen den Willen der Patienten einzuholen.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, dieses Behandlungskonzept im Detail vorzustellen, die einzelnen Krankheitsverläufe im Sinne einer Kasuistik darzustellen und das Für und Wider eines derartigen Behandlungskonzeptes zu erörtern.

Im Rahmen der Einleitung werden die Diagnosekriterien der Anorexia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV sowie die Einteilung der Anorexie in Schweregrade durch die „Konsensusgruppe zu Prävention, Clearing, Therapie und Nachsorge von PatientInnen mit Essstörungen in Bayern“ dargelegt. Anschließend werden die Epidemiologie der Erkrankung, die Komorbidität, die Behandlung von Anorexia nervosa Patienten und die möglichen Rechtsgrundlagen, auf denen eine Behandlung erfolgen kann dargestellt. Hiernach werden die dieser Arbeit zugrunde liegenden Fragen formuliert.

Im Methodenteil wird das Behandlungskonzept beschrieben, in welche Bereiche es sich gliedert und wie die Umsetzung erfolgen sollte.

Im Ergebniskapitel erfolgt eine Gruppenauswertung der Patienten bevor diese Ergebnisse in der Diskussion unter Berücksichtigung der der Literatur kritisch erörtert werden. Die

einzelnen Patientenverläufe mit Aufnahmebefunden, Behandlungsverlauf und Entlassungsbefunden werden im Anhang dargestellt.

1.1 Anorexia nervosa: Diagnosekriterien

1.1.1 Diagnosekriterien nach ICD-10

Die ICD-10-Nomenklatur ordnet die Anorexia nervosa in die Gruppe der „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ ein. Sie ist durch einen absichtlich selbst herbeigeführten und aufrechterhaltenen Gewichtsverlust charakterisiert und stellt insofern ein eigenständiges Syndrom dar, als dass

- “ 1. Die klinischen Merkmale des Syndroms leicht erkennbar sind, so dass die Diagnose mit einem hohen Grad an Übereinstimmung zwischen verschiedenen Klinikern zuverlässig gestellt werden kann und
2. Verlaufsstudien gezeigt haben, dass eine beträchtliche Anzahl nicht remittierter Patienten Hauptmerkmale der Anorexia nervosa weiter in einer chronischen Form aufweisen.“ (6)

Für die Diagnosestellung gemäß der ICD-10-Nomenklatur sind folgende Kriterien erforderlich:

- „ 1. Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 % unter dem erwarteten oder einem Body Mass Index (BMI) von 17,5 kg/m² oder weniger.
2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbei geführt durch:
- a. Vermeiden von hochkalorischen Speisen;
 - und eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten:
 - b. selbst induziertes Erbrechen;
 - c. selbst induziertes Abführen;
 - d. übertriebene körperliche Aktivität;
 - e. Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika.
3. Körperschema-Störung in Form einer spezifischen psychischen Störung: die Angst, zu dick zu werden, besteht als eine tief verwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich fest.

4. Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe, bei Männern als Libido- und Potenzverlust. Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.
5. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt (Wachstumsstopp, fehlende Brustentwicklung und primäre Amenorrhoe bei Mädchen, bei Knaben bleiben die Genitalien kindlich). Nach Remission wird die Pubertätsentwicklung häufig normal abgeschlossen, die Menarche tritt aber verspätet ein.“ (6)

Eine Unterteilung in unterschiedliche Schweregrade gibt es in der ICD-10-Nomenklatur nicht.

1.1.2 Diagnosekriterien nach DSM-IV

Die DSM-IV-Klassifikation gibt vier Kriterien für die Diagnose einer Anorexia nervosa an:

- „ A Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten (z. B. der Gewichtsverlust führt dauerhaft zu einem Körpergewicht von weniger als 85 % des zu erwartenden Gewichts; oder das Ausbleiben einer während der Wachstumsperiode zu erwartenden Gewichtszunahme führt zu einem Körpergewicht von weniger als 85 % des zu erwarteten Gewichts).
- B Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.
- C Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.
- D Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhoe, d. h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinander folgenden Menstruationszyklen (Amenorrhoe wird auch dann angenommen, wenn bei einer Frau die Periode nur nach Verabreichung von Hormonen, z.B. Östrogenen, eintritt).“ (3)

In Abhängigkeit davon, ob bei dem Patienten Fressanfälle oder „Purging“-Verhalten vorhanden sind, werden in der DSM-IV-Klassifikation zwei Subtypen unterschieden:

„Restriktiver Typ: Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person keine regelmäßigen „Fressanfälle“ gehabt oder hat kein „Purging“-Verhalten (d.h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.

Binge-Eating/Purging Typ: Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat der Patient regelmäßig Fressanfälle gehabt und hat „Purging“-Verhalten (d.h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.“ (3)

Eine Unterteilung in unterschiedliche Schweregrade gibt es auch in der DSM-IV-Klassifikation nicht.

1.1.3 Einteilung der Konsensusgruppe zu Prävention, Clearing, Therapie und Nachsorge von PatientInnen mit Essstörungen in Bayern

Da bei der Anorexia nervosa die Ausprägung der Symptomatik und der Krankheitsverlauf für die Behandlung der Patienten und die Beurteilung der Prognose von entscheidender Bedeutung sind, schien eine Einteilung des Krankheitsbildes in unterschiedliche Schweregrade sinnvoll und notwendig zu sein. Aus diesem Grund wurden von der „Konsensusgruppe zu Prävention, Clearing, Therapie und Nachsorge von PatientInnen mit Essstörungen in Bayern“ im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz, vier Untergruppen nach Schweregrad und Komorbidität beschrieben. Der Betreuer dieser Doktorarbeit war Mitglied der Konsensuskonferenz.

Die Subgruppen der Anorexia nervosa sind folgendermaßen beschrieben:

- „ ● PatientInnen mit leichten Krankheitsverläufen: hierbei handelt es sich um Patienten, die mit einer ambulanten Behandlung suffizient behandelt werden.
- PatientInnen mit mittelschweren Krankheitsverläufen: sind Patienten, die einer stationären und tagklinischen Behandlungseinleitung und anschließend einer ambulanten Behandlung bedürfen.
- PatientInnen mit schweren Krankheitsverläufen: Patienten, die vielfach mehrere

stationäre Behandlungen im Wechsel mit ambulanten Therapien, Behandlung in therapeutischen Wohngemeinschaften sowie Akutbehandlungen in medizinischen, psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken benötigen, also mit längerem Krankheits- und Behandlungsverlauf.

- PatientInnen mit vital gefährdendem schwersten Krankheitsverlauf: hierbei handelt es sich um Patienten, die Notfallbehandlungen in medizinischen Kliniken (intensivpflichtig, in juristischen Sinne oft betreuungspflichtig, kritisches Untergewicht, z.B. BMI < 12 kg/m², schwere organische Begleiterkrankungen, z.B. kardiale Arrhythmien, schwere Elektrolytentgleisungen, Immundefizite, Nephropathie) oder in psychiatrischen Kliniken (Suizidalität) benötigen.“ (46)

1.2 Epidemiologie der Anorexia nervosa

In Abhängigkeit von Stichprobe und Kriterien differieren die Angaben zur Epidemiologie der Anorexia nervosa beträchtlich. Erste Beschreibungen der Anorexia nervosa reichen bis in das 19. Jahrhundert zurück (31, 49). In den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts wurden einige Todesfälle und Autopsieergebnisse von Anorexia nervosa Patienten veröffentlicht (60). In der Folgezeit nahmen die Publikationen zum Thema Essstörungen zu und erste Langzeitstudien wurden veröffentlicht.

Ursache und Risikofaktoren

Eine alleinige Ursache für das Auftreten von Anorexia nervosa wurde bislang nicht gefunden. Theorien zur Krankheitsentstehung gehen von einer Kombination aus persönlichen, familiären, soziokulturellen und genetischen Faktoren aus (7). Als Risikofaktoren gelten weibliches Geschlecht, Zugehörigkeit zur Mittel- oder Oberschicht, ein Umfeld, in dem dünn zu sein wichtig ist (z.B. Turner, Tänzer, Models, Ausdauersportler), das frühe Durchführen von Diäten, eine positive Familienanamnese hinsichtlich Essstörungen und das Vorhandensein psychiatrischer Erkrankungen (z.B. Depression) und das Erleben sexueller Gewalt (7, 55, 80, 81). Auch das Vorliegen eines Typ I Diabetes bei weiblichen Teenagern geht mit einem signifikant erhöhtem Risiko, an Anorexia nervosa zu erkranken, einher (15, 68).

Vorkommen und Sterblichkeit

Die Angaben zur Lebenszeitprävalenz von Anorexia nervosa liegen im Bereich von 0,5 % bis 3,7 % (54, 83). Subklinische Symptome einer Anorexia nervosa liegen bei 10 % der Frauen zwischen 16 und 25 Jahren vor (82). Damit ist Anorexia nervosa eine der häufigsten Erkrankungen bei jungen Frauen. Die Inzidenz von Anorexia nervosa beträgt 4,7 – 8 pro 100 000 Personen pro Jahr (18, 38). Rechnet man an Hand dieser Zahlen die jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland mit gut 82 Millionen Einwohnern aus, so erkranken jährlich etwa 3850 – 6560 Patienten neu an Anorexia nervosa.

Anorexia nervosa ist die psychiatrische Erkrankung mit der höchsten Letalität (71). Die Letalität von Anorexia nervosa beträgt zwischen 3 – 25,5 % (64, 74).

Lukas differenziert die Sterblichkeitsrate nach Krankheitsdauer. Nach 4 – 5 Krankheitsjahren liegt sie bei 5 % und steigt nach 20 – 30 Jahren auf 15 – 20 % an (54), Hentze und Engel geben Werte von 23,8 % bei einer durchschnittlichen Follow-up Zeit von 13,5 Jahren an (36). In einer Metaanalyse von 42 publizierten Studien zeigte Sullivan eine rohe Mortalität von 5,9 % auf (71). Die Mortalität steigt mit spätem Erkrankungsalter, langer Krankheitsdauer und starkem Gewichtsverlust (9). Hebebrand führte mit 272 Patienten eine 10-jährige Katamnesestudie durch (35). Von den 12 Patienten, die während des Katamnesezeitraums verstarben, hatten 11 einen Aufnahme-BMI unter 13 kg/m² aufgewiesen. Negative Prädiktoren für den Krankheitsverlauf sind neben einem niedrigen Anfangsgewicht (≤ 60 % des durchschnittlichen Körpergewichts), gestörte Familienverhältnisse, männliches Geschlecht, Erbrechen, langer Krankheitsverlauf und Nichtansprechen auf frühere Therapien (22, 37)

Todesursachen bei Anorexia nervosa

Die Wahrscheinlichkeit, einen natürlichen Tod zu sterben, ist bei Anorexia nervosa gegenüber der Normalbevölkerung um das vierfache erhöht; die Wahrscheinlichkeit, einen nicht natürlichen Tod zu sterben sogar um das elffache (34). Nach Tod durch Verhungern sind Selbstmord und plötzlicher Herztod die häufigsten Todesursachen.

Anorexia nervosa ist die psychiatrische Erkrankung mit der höchsten Suizidrate (71). Im Vergleich zur Normalbevölkerung gleichen Alters und Geschlechts steigt das Suizidrisiko um das bis zu 32-fache (34). Franko und Kehl (25) fanden in einer großen Metaanalyse heraus, dass bis zu 20 % der Anorexia nervosa Patienten im Laufe der Erkrankung einen oder

mehrere Suizidversuche unternehmen. 27 % der Todesfälle von Anorexia nervosa Patienten sind auf einen erfolgreichen Suizid zurückzuführen (71).

Die Prädiktoren für Suizidalität werden noch kontrovers diskutiert. Während sich die Autoren einig darüber sind, dass der „Purging Typ“ und Substanzmissbrauch mit einem höheren Suizidrisiko einhergehen, ist die Datenlage zu Depression als Prädiktor widersprüchlich. Während Franko et al. (26) in einer prospektiven Studie mit zunehmender Schwere der depressiven Symptomatik eine Zunahme der Suizidalität feststellten, stellte Bulik (11) unabhängig vom Vorliegen einer depressiven Symptomatik ein erhöhtes Suizidrisiko bei Anorexie Patienten fest.

Prognose

Die Langzeitprognose für Anorexie-Patienten ist schlecht. Eine Remission tritt in 54 % der Fälle ein und ist überwiegend in den ersten neun Jahren nach Krankheitsbeginn zu beobachten. Bei Krankheitsverläufen ≥ 9 Jahren ist fast keine Remission mehr festzustellen. Werden neben der Anorexia nervosa auch psychiatrische und somatische Komorbidität berücksichtigt, liegt die Remissionsrate bei 41 % (20). Dies deckt sich in etwa mit den Ergebnissen einer anderen Studie, laut der sich 40 – 45 % der Patienten vollständig erholen und sich bei 30 % der Zustand verbessert (33). In 25 % kommt es zu einer Chronifizierung der Krankheit (33). Nicht nur das Risiko einer Chronifizierung sondern auch das Risiko eines Rückfalls ist bei Anorexie-Patienten hoch. In einem Beobachtungszeitraum von 12 Jahren wurde eine Rückfallquote von 22 % festgestellt (20).

Aufgrund der schlechten Prognose ist Anorexie eine ernst zu nehmende Krankheit, die frühzeitig und professionell behandelt werden muss.

1.3 Komorbidität bei Anorexia nervosa

Anorexie-Patienten sind nicht nur direkt durch ihr Untergewicht gefährdet. Häufig treten sowohl somatische als auch psychiatrische Begleiterkrankungen auf, durch die die Patienten zusätzlich gefährdet sein können. Unter dem Begriff Komorbidität sind Krankheiten zu verstehen, die entweder als Folge oder unabhängig der Grunderkrankung auftreten.

Typische somatische Begleiterkrankungen werden in den folgenden Kapiteln kurz dargestellt.

Kardiovaskuläre Komorbidität

Zu den Häufigsten kardiovaskulären Erscheinungen bei Anorexia nervosa gehören neben Bradykardie und Hypotension auch AV-Block I°, Vorzeitige Kammererregungen, Erregungsrückbildungsstörungen und die Verlängerung der QT-Zeit (14, 63, 77). Vor allem die QT-Zeit-Verlängerungen werden für das Auftreten tödlicher Rhythmusstörungen verantwortlich gemacht (14, 60, 67). Insgesamt weisen bis zu 80 % der Anorexia nervosa Patienten kardiovaskuläre Begleiterscheinungen auf (60). Mehrere Studien konnten belegen, dass es mit Zunahme des Körpergewichtes zu einer Verbesserung der auffälligen kardiovaskulären Befunde kommt (63, 66, 76, 85).

Elektrolytstörungen, metabolische und endokrine Komorbidität

Häufig treten bei Anorexia nervosa Patienten Störungen im Elektrolythaushalt, vor allem Hypokaliämien und Hyponatriämien, auf. Die Häufigkeit von Hypokaliämien wird im Bereich von 4,1 – 46,0 % (40, 57) angegeben. Als eine der Hauptursachen für ihre Entstehung gilt Erbrechen und Greenfield (30) stellte sogar die These auf, dass schwere Hypokaliämien ausschließlich bei Erbrechen auftreten und man mit Hilfe des Kaliumwertes auf heimliches Erbrechen rückschließen könne. Folgen des niedrigen Kaliumspiegels können potentiell tödliche Herzrhythmusstörungen sein (47).

Hyponatriämien treten bei circa 7 % der Anorexie Patienten auf (57). Ursächlich liegt meist eine Polydipsie vor. Wird die Hyponatriämie zu schnell ausgeglichen, besteht für die Patienten die akute Gefahr, eine Zentrale Pontine Myelinolyse zu entwickeln.

Weiter Komorbiditäten sind z.B. Amenorrhoe (Diagnosekriterium nach ICD-10), Unfruchtbarkeit, Osteoporose und Hypoglykämie (7).

Hämatologische Komorbidität

Zu den hämatologischen Begleiterscheinungen bei Anorexia nervosa zählen vor allem Leukopenie und Anämie (82). 34 – 36 % der Patienten leiden an einer Leukopenie, die vor allem bei starkem Untergewicht ($\text{BMI} < 12 \text{ kg/m}^2$) zu einem signifikant erhöhtem Infektrisiko führt (21, 57). 22 – 40 % der Patienten leiden an einer Anämie (21, 57, 58).

Zentralnervöse Komorbidität

Im Rahmen von Anorexia nervosa kann es im Gehirn zur Abnahme der grauen und weißen Substanz zu Gunsten der äußeren Liquorräume kommen oder zu einer Zentralen Pontinen

Myelinolyse (8, 42, 72). Risikofaktoren für die Entwicklung einer Zentralen Pontinen Myelinolyse sind neben dem zu schnellen Ausgleich von Hyponatriämie (48) und Hypokaliämie (8) auch Diuretikaabusus (16), Hypokaliämie (52) und Kachexie per se (48). Viele dieser Risikofaktoren treten bei Anorexia nervosa Patienten regelmäßig auf.

Neuropsychologische Defizite

In wie weit ein starkes Untergewicht Einfluss auf neuropsychologische Leistungen hat, ist noch nicht abschließend geklärt. Während Gillberg et al. (28) keinen Zusammenhang zwischen neuropsychologischer Leistung und niedrigem Körpergewicht nachgewiesen haben, haben Kingston (45) und Mikos (56) einen Zusammenhang zwischen niedrigem Körpergewicht und schlechteren Ergebnissen in neuropsychologischen Tests (RBANS, repeatable Battery for the Assessment of neuropsychological Status) nachgewiesen. Interessant in diesem Zusammenhang erscheint, dass die Krankheitsdauer keine Rolle für die Testergebnissen für den Handlungsteil des IQ-Tests, die Flexibilität und die Gedächtnisleistung zu spielen scheint, sondern nur das niedrige Körpergewicht (45) und dass Anorexie Patienten eine Tendenz zeigen, sich in den Tests auf Kosten der Gesamtinformation auf Details zu fokussieren (28).

Psychiatrische Komorbidität

Zu den psychiatrischen Begleiterkrankungen gehören vor allem Zwangsstörungen und affektive Störungen. Die geschätzte Lebenszeitprävalenz für Anorexia nervosa Patienten an einer Zwangsstörung zu erkranken wird mit 25 %, die an einer Dysthymie oder Depression zu erkranken mit 50 – 75 % angegeben (33).

1.4 Behandlung der Anorexia nervosa

1.4.1 Allgemeine Behandlung und Behandlungsziele bei behandlungsbereiten Anorexia nervosa Patienten

Zur freiwilligen Behandlung von krankheitseinsichtigen und therapiebereiten Anorexia nervosa Patienten gibt es viele Ansätze. Diese erstrecken sich von Selbsthilfegruppen über eine rein somatischen Therapie bei Frahm (24) bis zu Behandlungen in Psychosomatischen Spezialkliniken und Psychiatrisch-Psychotherapeutischen Kliniken. Eine zentrale Rolle

spielen psychotherapeutische und verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze, deren Ziele es sind, die Krankheitseinsicht und Therapiemotivation zu verbessern, ein gesundes Essverhalten neu zu erlernen, die psychischen Begleitscheinungen zu behandeln, die sozialen Kompetenzen zu stärken und einem Rückfall vorzubeugen. Entscheidend ist, dass die Patienten einer professionellen Therapie zugeführt werden (1, 7). Studien aus England belegen, dass Patienten, die eine psychotherapeutische Behandlung erhalten haben, eine signifikant bessere Prognose haben, als solche, die keine Behandlung erhielten (29). Über die jeweils geeignetste Art der Therapie oder deren eventuellen Kombinationen muss hinsichtlich eines jeden Patienten individuell entschieden werden. Kriterien für die Entscheidung sind der Grad des Untergewichts, die somatische und psychiatrische Komorbidität und die Behandlungsbereitschaft des Patienten (7). Auch das Alter der Patienten ist bei dieser Entscheidung zu berücksichtigen. Es gibt Hinweise, dass jugendliche Patienten von einer Familientherapie mehr profitieren, als von alleiniger Verhaltenstherapie (7). Ebenso gibt es Hinweise, dass bei schwer untergewichtigen Patienten, bei denen oft eine Gedankeneinengung und verminderte kognitive Fähigkeiten bestehen, erst eine deutliche Gewichtszunahme erfolgen muss, bevor die Patienten in der Lage sind, von einer Psychotherapie zu profitieren (7, 19).

Eine alleinige oder hauptsächlich medikamentöse Therapie bei Anorexia nervosa ist nicht Erfolg versprechend (10, 70). Allerdings gibt es Hinweise, dass Mirtazapin eine Gewichtszunahme unterstützen könnte (39) und spezifische Serotonin-Wiederaufnahmehemmer nach erfolgter Gewichtszunahme vor einem erneuten Gewichtsverlust schützen (43). Psychiatrische Komorbiditäten wie Depressionen oder Zwangsstörungen müssen je nach Ausprägung medikamentös behandelt werden (4, 7).

Ziele der Behandlung von Anorexia nervosa Patienten sind unter anderem (7):

- Abwendung akuter Lebensgefahr
- Wiedererreichen eines gesunden Gewichts (bei dem eine normale Ovulation und Monatsblutung bei Frauen und ein normaler sexueller Antrieb bei Männern besteht; normales Wachstum bei Kindern und Jugendlichen)
- Behandlung somatischer Komplikationen und assoziierter psychiatrischer Erkrankungen
- Vergrößerung der Motivation, bei der Wiederherstellung gesunder Essgewohnheiten zu kooperieren und an der Behandlung aktiv teilzunehmen
- Erreichen eines normalen Hunger- und Sättigungsgefühl

- Korrektur maladaptativer Gedanken, Körperschemastörungen, Einstellungen und Gefühle, die die Essstörung betreffen
- Prävention eines Rückfalls

Trotz dieser vielfältigen in den letzten Jahren entwickelten Therapieangebote kommt es bei einigen Patienten trotz Teilnahme an therapeutischen Maßnahmen zur Chronifizierung der Erkrankung mit teils vital gefährdenden schwersten Krankheitsverläufen. Auch diese Patienten können im Rahmen der bestehend Therapiekonzepte erfolgreich behandelt werden, wobei nicht alle Therapieeinrichtungen die Möglichkeiten haben, stark untergewichtige Patienten (z.B. BMI <13 kg/m²) zu betreuen. Grundsätzliche Voraussetzung ist, dass die Patienten sich freiwillig in die Behandlung begeben.

1.4.2 Behandlung von krankheitsuneinsichtigen und behandlungsunwilligen Anorexia nervosa Patienten mit vital gefährdenden schwersten Krankheitsverläufen

Alle oben dargestellte Behandlungsmaßnahmen für anorektische Patienten, gleich welchen Schweregrads auch immer, setzen voraus, dass die Patienten behandlungsbereit sind bzw. der Behandlung zustimmen. Es ist seit langem bekannt, dass Patienten mit einer Anorexia nervosa sehr häufig ihre Krankheit nicht adäquat einschätzen und dementsprechend weder behandlungsbereit noch behandlungswillig sind. In den Anfangsstadien der Erkrankung müssen oft Lehrer oder Eltern die Patienten mit mehr oder weniger Druck zu einer adäquaten Therapie motivieren. Nur wenige Patienten, die Risikofaktoren für eine schlechte Verlaufsprognose aufweisen, suchen professionelle Hilfe auf (53). Oft sind die Patienten trotz sich einsetzendem sozialen Umfeld und zeitweiligen Teilnahmen an ambulanten oder stationären Behandlungsmaßnahmen nur vorübergehend erfolgreich therapierbar, so dass es oft zu Rückfällen und chronifizierenden Krankheitsverläufen kommt. Die Abbruchraten von Therapien sind hoch. Bei schwer kranken Anorexie Patienten liegen sie im Bereich von 33,3 – 49,6 % (41, 79).

Hinzu kommt, dass sowohl bei kurzfristigen als auch bei längerfristig erkrankten Patienten vital bedrohliche Zustände auftreten können und die Patienten trotzdem weder willens noch einsichtig sind, sich in eine Behandlung zu begeben. Diese Patienten entziehen sich den

Therapieangeboten und weigern sich beharrlich, sich behandeln zu lassen (46), obwohl die Teilnahme von Anorexiepatienten an einer Therapie mit einer signifikanten Prognoseverbesserung einhergeht (29). Die hohe Mortalitäts- und Letalitätsrate (bis zu 25,5 %) (74) und der hohe Anteil chronischer Patienten (bis zu 25 %) (33) zeigen, dass diese Krankheit nicht zu unterschätzen ist und werfen die Frage auf, ob es nicht doch eine Möglichkeit gibt, behandlungsunwillige Patienten einer Therapie zuzuführen. Behandlungsunwillige nicht behandlungsbereite erwachsene Patienten müssen aus den Kliniken entlassen werden, wenn sie sich nicht in einem akuten lebensbedrohlichen Zustand befinden und die Entlassung verlangen. Selbst die Patienten müssen entlassen werden, die sich durch ihre nicht adäquate Weiterbehandlung gesundheitlich gefährden und schädigen. Der Patient hat das Recht, die Behandlung zu verweigern, vorausgesetzt, er ist nicht psychisch krank und kann Wesen, Bedeutung und Tragweite seiner Entscheidung adäquat beurteilen. Ist dies nicht der Fall, besteht die Möglichkeit, die Patienten mit Hilfe des Betreuungsrechts einer notwendigen medizinischen Behandlung zuzuführen.

Sowohl in den USA als auch in Großbritannien wurden bereits behandlungsunwillige Anorexia nervosa Patienten gegen ihren Willen hospitalisiert und behandelt (65, 84). Die beiden Studien werden im Folgenden kurz dargestellt:

Watson (84) verglich in einer prospektiven Studie freiwillig und unfreiwillig behandelte Anorexia nervosa Patienten hinsichtlich stationärer Vorbehandlungen, Aufnahmegewicht, Dauer bis zum Erreichen des Entlassungsgewichtes, Geschwindigkeit der Gewichtszunahme, Depressivität und Intelligenzquotient. Dabei fand er heraus, dass die unfreiwillig behandelten Patienten signifikant mehr stationäre Vorbehandlungen (3,0 vs. 1,4) und ein niedrigeres Aufnahmegewicht (BMI 17,4 vs. 18,4 kg/m²) hatten und länger brauchten (57,6 vs. 40,6 Tage), um ein gesundes Körpergewicht (BMI 20,5 vs. 20,7 kg/m²) zu erreichen. Die unfreiwillig hospitalisierten Patienten nahmen interessanter Weise etwas schneller zu als die freiwillig hospitalisierten Patienten (2,6 vs. 2,2 lb/Woche ~ 1178 vs. 997 g/Woche). Die Mahlzeiten wurden unter Aufsicht des Pflegepersonals eingenommen und es wurde versucht, den Patienten ein normales Essverhalten und die Grundlagen einer ausgeglichenen Ernährung beizubringen. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer in beiden Gruppen lag bei circa zwei Jahren. Ein Unterschied bezüglich bestehender Depressivität bestand nicht, jedoch gab es einen signifikanten Unterschied im IQ. Der mittlere IQ der freiwillig behandelten Patienten lag bei 98, während der der unfreiwillig behandelten Patienten bei 91 lag. Eine Wiederholung

des Testes nach Gewichtszunahme wurde nicht durchgeführt. Bemerkenswert ist, dass die meisten unfreiwillig hospitalisierten Patienten nach Gewichtszunahme und Entlassung die Notwendigkeit der Behandlung einsahen.

Ramsay (65) kommt bei Vergleichen zwischen freiwillig und unfreiwillig behandelten Anorexie Patienten zu ähnlichen Ergebnissen bezüglich der stationären Vorbehandlungen, Aufnahmegewicht und Dauer der Behandlung wie Watson. Allerdings waren die Patienten in Ramsays Studie mit einem Aufnahme- / Entlassungs-BMI von 14,3 / 18,5 kg/m² bei freiwillig und 14,2 / 18,7 kg/m² bei unfreiwillig behandelten Patienten deutlich leichter und mit einer bisherigen Krankheitsdauer von 7,6 respektive 8,2 Jahren länger krank als die Patienten aus Watsons Studie. Die Zahl der stationären Vorbehandlungen lag mit 1,8 bei freiwillig und 3,3 bei unfreiwillig behandelten Patienten leicht über den Zahlen aus Watsons Studie. Auch in Ramsays Studie wurde keine Sondenernährung durchgeführt, sondern die Patienten nahmen „normale“ Mahlzeiten unter Aufsicht des Pflegepersonals ein. Die Behandlungsdauer betrug 113 Tage bei unfreiwillig behandelten Patienten und dauerte länger als in der Vergleichsgruppe (Behandlung 88 Tage). Auffällig bei der Studie von Ramsay war, dass die unfreiwillig hospitalisierten Patienten in den Jahren nach der Entlassung eine circa 4-fach erhöhte Mortalitätsrate aufwiesen (11,8 % gegenüber 2,6 % bei freiwillig hospitalisierten Patienten). Den Grund dafür vermutet Ramsay in der Selektion der Patienten.

1.5 Rechtliche Betreuung

Objektiv schwer kranke und krankheitsuneinsichtige Anorexia nervosa Patienten verweigern jedoch oft eine Behandlung oder brechen Behandlungen vorzeitig ab (41, 79). Selbst, wenn Behandlungen auf internistischen Intensivstationen notwendig werden, wollen manche Patienten nach Beendigung der akuten vitalen Bedrohung nicht freiwillig weiter behandelt werden. Obwohl sie weiterhin schwerst krank sind, sind sie krankheits- und behandlungsuneinsichtig. Wenn auch die akute vitale Gefährdung abgewendet werden konnte, sind die Patienten durch die zu erwartende erneute Gewichtsabnahme mit entsprechenden Folgen weiterhin als vital gefährdet anzusehen. Es gibt deutliche Hinweise dafür, dass schwer kranken Anorexia nervosa Patienten die Kompetenz, Entscheidungen zu treffen, und damit auch die Kompetenz, eine Therapie zu verweigern, fehlen könnte (73). Es ist aus moralischer und juristischer Sicht nicht zulässig, dass Ärzte einen Patienten „seinem

Schicksal überlassen“, wenn die rechtlichen Voraussetzungen für die Einrichtung einer Betreuung mit Zuführung zur ärztlichen Behandlung bei einem Patienten gegeben sind.

Um diese spezielle Subgruppe von schwerst anorexiekranken und behandlungsunwilligen Patienten dennoch behandeln zu können, wurde in der Psychiatrischen Klinik der LMU überlegt, ob unter Nutzung der Möglichkeiten des Betreuungsrechtes eine erfolgreiche Akuttherapie durchgeführt werden könne, durch die die vitale Gefährdung beendet würde und auf deren Grundlage eine langfristige Behandlung in spezialisierten Einrichtungen aufgebaut werden könne. Die Rechtgrundlage für ein solches Vorgehen wird in den folgenden Kapiteln dargelegt.

1.5.1 Voraussetzungen für die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung

Die Voraussetzungen für die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung werden in § 1896 BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) geregelt:

„(1) Kann ein Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen, so bestellt das Vormundschaftsgericht auf seinen Antrag oder von Amts wegen für ihn einen Betreuer.“ (2)

Voraussetzungen einer Betreuung sind also:

- Die zu betreuende Person muss volljährig sein
- Die zu betreuende Person muss an einer psychischen Erkrankung oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung leiden
- Bei der zu betreuenden Person muss die Fähigkeit, die eigenen Angelegenheiten zu besorgen krankheitsbedingt stark eingeschränkt oder aufgehoben sein.

Das alleinige Anliegen des Betreuungsrechts ist die Fürsorge für den Betroffenen!

1.5.2 Umfang der Betreuung, Pflichten des Betreuers

Der Umfang einer Betreuung und die Pflichten des Betreuers werden in § 1901 BGB geregelt:

„(1) Die Betreuung umfasst alle Tätigkeiten, die erforderlich sind, um die Angelegenheiten des Betreuten nach Maßgabe der folgenden Vorschriften rechtlich zu besorgen.

- (2) Der Betreuer hat die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen, wie es dessen Wohl entspricht. (...)
- (3) Der Betreuer hat Wünschen des Betreuten zu entsprechen, soweit dies dessen Wohl nicht zuwiderläuft und dem Betreuer zuzumuten ist. (...)
- (4) Innerhalb seines Aufgabenkreises hat der Betreuer dazu beizutragen, dass Möglichkeiten genutzt werden, die Krankheit oder Behinderung des Betreuten zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (...)
- (5) Werden dem Betreuer Umstände bekannt, die eine Aufhebung der Betreuung ermöglichen, so hat er dies dem Vormundschaftsgericht mitzuteilen (...)" (2)

1.6 Unterbringung

1.6.1 Unterbringung nach dem Betreuungsrecht

Besteht eine erhebliche gesundheitliche Gefährdung für den Betreuten und weigert er sich, auf Grund seiner psychischen Krankheit, sich behandeln zu lassen, ist die Unterbringung und Behandlung in einer Psychiatrischen Klinik auch gegen seinen Willen möglich. Alle Unterbringungsmaßnahmen müssen durch das Vormundschaftsgericht genehmigt werden, das auch darüber entscheidet, über welchen Zeitraum die Unterbringung erfolgt.

Die Unterbringung eines Betreuten wird in § 1906 BGB geregelt:

„(1) Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil

1. aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
2. eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.

(2) Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.

(3) Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat die Beendigung der Unterbringung dem Vormundschaftsgericht anzuzeigen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, ohne untergebracht zu sein, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.“ (2)

1.6.2 Familienrichterliche Unterbringung Minderjähriger

Minderjährige Patienten unterliegen der elterlichen Sorge und können nach Familienrecht untergebracht werden.

§ 1631b BGB regelt die mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung Minderjähriger:

„Eine Unterbringung des Kindes, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur mit Genehmigung des Familiengerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen. Das Gericht hat die Genehmigung zurückzunehmen, wenn das Wohl des Kindes die Unterbringung nicht mehr erfordert.“ (2)

Durch die Genehmigungspflicht der Unterbringung unterliegt diese der richterlichen Kontrolle. Durch die Genehmigung wird den Eltern erlaubt, eine Behandlung unter geschlossen-stationären Bedingungen durchführen zu lassen, diese wird aber nicht zwingend angeordnet, wie es bei der Unterbringung gemäß dem Bayerischen Unterbringungsgesetz der Fall ist (78). Zur Wahrung der Interessen des Kindes wird vom Gericht ein Verfahrenspfleger eingesetzt. Falls die Eltern einer notwendigen Behandlung nicht zustimmen, kann zum Wohle des Kindes diese Behandlung auch durch das Gericht genehmigt und angeordnet werden.

1.6.3 Unterbringung nach dem Bayerischen Unterbringungsgesetz

Eine Unterbringung ist auch in den Unterbringungsgesetzen der Länder geregelt. Im Bayerischen Unterbringungsgesetz (Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker und deren Betreuung, 1992) heißt es in Artikel 1:

„(1) Wer psychisch krank oder infolge Geistesschwäche oder Sucht psychisch gestört ist und dadurch in erheblichem Maß die öffentliche Sicherheit oder Ordnung gefährdet, kann gegen oder ohne seinen Willen in einem psychiatrischen Krankenhaus oder sonst in geeigneter Weise untergebracht werden. Unter den Voraussetzungen des Satzes 1 ist die Unterbringung **insbesondere auch dann zulässig, wenn jemand sein Leben oder in erheblichem Maß seine Gesundheit gefährdet**. Die Unterbringung darf nur angeordnet werden, wenn die Gefährdung nicht durch weniger einschneidende Mittel, insbesondere durch Hilfen nach Artikel 3 abgewendet werden kann.“ (5)

In Artikel 10 wird die sofortige vorläufige Unterbringung geregelt. Diese soll, falls ein Beschluss zu einer betreuungsrechtlichen Unterbringung nicht rechtzeitig ergehen kann, die vorläufige sofortige Unterbringung des Patienten regeln.

„(1) Sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden, dass die Voraussetzungen für eine Unterbringung nach Art. 1 Abs. 1 vorliegen und kann auch eine gerichtliche Entscheidung nach § 70 h oder nach § 70 e Abs. 2 in Verbindung mit § 68 b Abs. 4 des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit nicht mehr rechtzeitig ergehen, um einen für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung drohenden Schaden zu verhindern, so kann die Kreisverwaltungsbehörde die sofortige vorläufige Unterbringung anordnen und nach Maßgabe des Art. 8 vollziehen. Die Kreisverwaltungsbehörde hat das nach § 70 Abs. 5 Satz 1 des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit zuständige Gericht unverzüglich, spätestens bis zwölf Uhr des auf das Ergreifen folgenden Tages, von der Einlieferung zu verständigen.“ (5)

1.7 Fragestellung

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden der Aufnahmebefund, die Behandlung und der Behandlungserfolg von 25 schwerst anorektischen Patientinnen mit einem vital gefährdenden schweren Krankheitsverlauf dargestellt. Die Mehrzahl dieser Patientinnen war nicht behandlungsbereit und krankheitseinsichtig und ein Teil der Patientinnen konnte nicht mehr unter einem psychosomatischen offenen Therapiekonzept behandelt werden.

Die primäre Frage dieser Arbeit ist, ob und in wie weit es für schwerst anorexiekrankte und therapieunwillige Patienten unter Nutzung des Betreuungsrechtes möglich ist, eine Therapie zu entwickeln und umzusetzen, in der die Patienten im Rahmen eines geschlossen-stationären psychiatrischen Aufenthaltes soweit behandelt werden, dass eine anschließende freiwillige Behandlung in einer spezialisierten Einrichtung für Essstörungen durchführbar ist.

Speziell wird auf folgende Fragestellungen eingegangen:

1.7.1 Die Diagnostische Einordnung der Patientinnen

Wie sind die vorgestellten Patientinnen nach ICD-10, DSM-IV und „Konsensusgruppe zu Prävention, Clearing, Therapie und Nachsorge von PatientInnen mit Essstörungen in Bayern“ einzuordnen und werden diese Patientinnen durch diese Klassifikationen adäquat beschrieben?

1.7.2 Die Rechtsgrundlage der Behandlung

Auf welcher Rechtsgrundlage erfolgte die Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU? Ist die Anwendung des Betreuungsrechts überhaupt möglich und gerechtfertigt? Änderte sich die Rechtsgrundlage während der Behandlung und wenn ja, was waren die Gründe?

1.7.3 Psychopathologische Befunde

Wie war der Psychopathologische Befund bei Aufnahme und bei Entlassung und wie sind diese Befunde einzuordnen?

1.7.4 Gewichtsentwicklung und Behandlungsdauer

Wie waren das Gewicht und der BMI bei der Aufnahme, wie entwickelte sich das Gewicht/der BMI bis zur Entlassung und wie lange dauerte die Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU?

1.7.5 kardiovaskuläre Befunde

Hatten die Patientinnen für Anorexia nervosa typische kardiovaskuläre Befunde und wie änderten sich diese während der Behandlung?

1.7.6 Laborveränderungen

Hatten die Patientinnen für Anorexia nervosa typische Laborveränderungen im Sinne von Hypokaliämie, Hyponatriämie, Leukopenie und Anämie?

1.7.7 Zuverlegende Einrichtung

Aus welchen Einrichtungen wurden die Patientinnen in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt und was waren Gründe für die Verlegung?

1.7.8 Erkrankungsdauer

Wie lange waren die Patientinnen bereits an Anorexia nervosa erkrankt?

1.7.9 Laxantienmissbrauch

Lag bei den Patientinnen ein Laxantienmissbrauch vor?

1.7.10 Suizidversuche

Hatten die Patientinnen in der Vergangenheit versucht, sich das Leben zu nehmen oder waren sie im Rahmen der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU suizidal?

1.7.11 Bildungshintergrund und soziales Umfeld der Patientinnen

Wie war die Schulbildung der Patientinnen und waren sie noch in der Lage, die Schule zu besuchen, einer Beschäftigung oder ihren Hobbys nachzugehen?

1.7.12 Sexuelle Gewalt

Hatten die Patientinnen sexuelle Gewalt erlebt?

1.7.13 Psychiatrische Familienanamnese

Traten in den Familien der Patientinnen gehäuft Essstörungen auf?

1.7.14 Somatische Anamnese

Lag bei den Patientinnen eine Amenorrhoe vor? Gab es auffällige somatische Erkrankungen?

1.7.15 Stationäre und ambulante Vorbehandlung

Hatten auf Grund der Essstörung bereits stationäre/ambulante Behandlungen stattgefunden?

1.7.16 Ernährung

Wie erfolgte die Ernährung der Patientinnen? Wie entwickelte sich das Gewicht nach Absetzen der Sondenkost? Welche Gefahren bestehen bei der Sondenernährung und was muss beachtet werden?

1.7.17 Ärztliche Behandlung

Welche Besonderheiten gab es bei der ärztlichen Behandlung?

1.7.18 Pflegerische Behandlung

Welche Besonderheiten gab es bei der pflegerischen Behandlung der Patientinnen?

1.7.19 Medikamentöse Therapie

Welche medikamentöse Therapie war zur Behandlung der Begleiterkrankungen nötig?

1.7.20 MRT

Welche Befunde erbrachten die Durchführung eines kranialen MRT und wie änderten sich die Befunde nach erfolgter Therapie?

1.7.21 HAWIE-R

Welche Befunde erbrachten die Durchführung eines HAWIE-R und wie änderten sich die Befunde bei erneuter Testung nach erfolgter Therapie?

1.7.22 Weiterbehandlung

Wo erfolgte die Weiterbehandlung der Patientinnen?

2 Methode

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird die Behandlung von 25 krankheitsuneinsichtigen und behandlungsunwilligen, teils behandlungsablehnenden schwerst anorektischen Patientinnen unter geschlossenen-psychiatrischen Bedingungen dargestellt und deskriptiv ausgewertet.

Die Befunde der Patientinnen werden in den Ergebnissen in Form einer Gruppenauswertung und im Anhang in Form von Kasuistiken dargestellt. In der Gruppenauswertung werden Mittelwerte, Standardabweichung, Maximum und Minimum berechnet und soweit es sinnvoll ist, werden die Ergebnisse tabellarische und graphisch dargestellt.

2.1.1 Behandlungskonzept

Ziel der Behandlung war es, durch eine kontinuierliche ärztliche und pflegerische Behandlung eine längerfristige Gewichtszunahme der Patientinnen auf einen BMI von 16 – 17 kg/m² zu erreichen und dadurch die anorektische Symptomatik zu verbessern, um den somatischen und psychiatrischen Zustand der Patientinnen soweit zu stabilisieren, dass sie in der Lage wären, an einer Weiterbehandlung in einer Spezialeinrichtung für Essstörungen freiwillig und erfolgreich teilzunehmen. Für jede Patientin wurde ein Behandlungsvertrag abgeschlossen. Darin wurde als Behandlungsziel ein Gewicht entsprechend einem BMI von 16 – 17 kg/m² festgelegt. Zum Erreichen dieses Gewichts wurde eine wöchentliche Gewichtszunahme von 0,7 – 1,0 kg pro Woche vorgegeben. Außerdem wurden als Verhaltensregeln die regelmäßige Teilnahme an Mahlzeiten, kein Essen horten, geregelte körperliche Aktivitäten und eine „normale“ Trinkmenge festgelegt. Das Erreichen der wöchentlichen Gewichtsziele wurde mit individuell verabredeten Vergünstigungen verbunden. Bei einer Reduktion des Gewichts wurden Vergünstigungen wieder aufgehoben. Hatten die Patientinnen ein vorher vereinbartes Gewicht erreicht, wurde mit ihnen die Weiterbehandlung geplant. Falls der Gesundheitszustand der Patienten es zuließ, wurde ihnen die Möglichkeit gegeben, die vereinbarte Gewichtszunahme durch orale Nahrungsaufnahme zu erreichen.

Bei Nichterreichen der vertraglich festgelegten Gewichtsstufen wurden die unterstützende Anlage von Ernährungssonden und eine Erhöhung der Sondenkostzufuhr vereinbart.

Die Behandlung gliederte sich in die drei großen Bereiche:

- Aufnahme
- Behandlung und Verlauf
- Entlassung und Weiterbehandlung

In den einzelnen Teilbereichen fand folgende Behandlung statt bzw. wurden folgende Befunde erhoben:

2.1.1.1 Aufnahme

Die Aufnahmeuntersuchung umfasste:

Anlass der Aufnahme

Es wurde der Grund, weswegen die Patientinnen in der Psychiatrischen Klinik der LMU aufgenommen wurden, geklärt.

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Bei der Aufnahme der Patientinnen wurde geprüft, auf welcher Rechtsgrundlage die Aufnahme auf der geschlossenen Station der Psychiatrischen Klinik der LMU stattfand. Dabei wurde unterschieden in:

- freiwillig: Die Patientinnen willigten von sich aus in den Verbleib auf der geschlossenen Station und die Behandlung ein.
- gesetzliche Betreuung: Für die Patientinnen bestand eine gesetzliche Betreuung
- betreuungsrechtliche Unterbringung: Für die Patientinnen lag ein betreuungsrechtlicher Unterbringungsbeschluss durch das Vormundschaftsgericht vor.
- Unterbringung nach dem Bayerischen Unterbringungsgesetz: Für die Patientin lag ein Unterbringungsbeschluss nach Artikel 10 Absatz 1 des Bayerischen Unterbringungsgesetzes durch das Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München vor.

Bei Minderjährigen Patientinnen wurde das Vormundschaftsgericht über die Aufnahme der Patientinnen auf der geschlossenen Station der Psychiatrischen Klinik der LMU informiert.

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Im Psychopathologischen Aufnahmebefund wurden folgende Parameter erfasst:

- Orientierung zu Ort, Zeit und zur eigenen Person
- Kognitive Leistungen in Bezug auf Konzentration, Aufmerksamkeit, Auffassung und Gedächtnis
- Formales Denken
- Inhaltliches Denken
- Ich-Störungen
- Affekt
- Körperschemastörungen
- Vegetative Störungen
- Suizidalität oder Todeswünschen
- Krankheitseinsicht
- Behandlungsbereitschaft

Somatischer Aufnahmebefund

Im somatischen Aufnahmebefund sollten folgende Parameter erfasst werden:

- Alter der Patientinnen in Jahren [J]
- Größe der Patientinnen in Metern [m], gemessen mit einem Längenmessgerät Typ 202 der Firma Seca
- Körpergewicht (KG) der Patientinnen in Kilogramm [kg]; ermittelt mit einer Säulenwaage der Firma Seca Medical Model 701[®] auf 50 Gramm genau.
- Body-Mass-Index (BMI); ausgerechnet mit der Formel $BMI = \text{Körpergewicht} / \text{Größe}^2$ [kg/m²]
- Herzfrequenz; palpatorisch ausgezählte Schläge / Minute
- Blutdruck; bestimmt nach Riva-Rocci in Millimeter Quecksilbersäule [mmHg]
- 12-Kanal Elektrokardiogramm (EKG); Gerät: ELI 250[®] der Firma Mortara Instrument
- EEG-Ableitung; Gerät: SynAmps[®] der Firma Neuroscan
- Klinische Chemie mit den Elektrolyten Natrium, Kalium, Chlorid, Magnesium, großes Blutbild, Nierenwerte (Kreatinin, Harnstoff), Leberwerte (GGT, GOT, GPT, AP), Eisen, Ferrit, fT3 und TSH. wobei in der Arbeit nur Natrium, Kalium, Leukozyten, Erythrozyten, Hämoglobin und Hämatokrit berücksichtigt werden. Andere

Laborparameter werden nur bei starker Abweichung von dem Normalbereich angegeben.
Die Messung der Parameter erfolgte mit laborchemischen Standardverfahren.

Zuverlegende Klinik/einweisender Arzt

Es wurde unterschieden, ob die Patientinnen aus einer

- Medizinischen Klinik
- Psychosomatischen Klinik
- von zu Hause

zur Aufnahme in die Psychiatrische Klinik gekommen waren. Falls die Patientin von zu Hause kam, wurde weiter unterschieden, durch welchen Arzt die Einweisung erfolgt war.

Anamnese

In der Anamnese wurde erfragt:

- die bisherige Erkrankungsdauer in Jahren
- Laxantienmissbrauch
- bisherige Suizidversuche
- der Beruf von Vater und Mutter der Patientinnen
- der Schulabschluss und weiterführende Bildung der Patientinnen
- war die Patientin Opfer sexueller Gewalt
- die psychiatrische Familienanamnese
- die somatische Anamnese einschließlich des Ovulationszyklus

Vorbehandlungen

Es wurde die Art und Anzahl der Vorbehandlungen erfragt. Dabei wurde unterschieden zwischen:

- stationär psychiatrischen/psychotherapeutischen/psychosomatischen Vorbehandlungen
- stationär internistischen Vorbehandlungen
- ambulanten Vorbehandlungen.

2.1.1.2 Behandlung und Verlauf

Rechtsgrundlage der Behandlung

Während der Behandlung wurde die Rechtsgrundlage, auf der der Verbleib und die Behandlung auf der geschlossenen Station der Psychiatrischen Klinik der LMU erfolgten kontinuierlich überprüft.

Es wurde unterschieden zwischen:

- freiwilliger Rechtsgrundlage
- gesetzliche Betreuung
- betreuungsrechtliche Unterbringung volljähriger Patientinnen
- familienrechtliche Unterbringung minderjähriger Patientinnen

Behandlungsdauer

Die Behandlungsdauer umfasst die Anzahl von Tagen, die die Patientin in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt wurde. Falls eine Patientin zwischenzeitlich in der Chirurgischen oder Medizinischen Klinik stationär behandelt werden musste, wurden diese Tage nicht zu der Behandlungsdauer gezählt.

Entwicklung des Körpergewichts während der Behandlung

Die Patientinnen wurden täglich auf einer mechanischen Säulenwaage der Firma Secca Medical Model 701[®] gewogen. Die Gewichtsentwicklung während des Aufenthaltes wird als durchschnittliche Gewichtsänderung pro sieben Behandlungstage dargestellt.

Entwicklung des Body-Mass-Index während der Behandlung

Die Patientinnen wurden täglich gewogen. Das Ermittelte Gewicht wurde in die Formel $BMI = \text{Körpergewicht} / \text{Körpergröße}^2 \text{ [kg/m}^2\text{]}$ eingesetzt, um den BMI zu erhalten. Die Änderung des BMI während der Behandlung wird pro sieben Behandlungstage angegeben.

Ärztliche Behandlung

Die ärztliche Behandlung beinhaltete neben üblichen ärztlichen Tätigkeiten:

- Psychotherapeutische Tiefengespräche
- Medikamentöse Therapie von psychiatrischen Begleiterkrankungen
- Medikamentöse Therapie von internistischen Begleiterkrankungen
- Festlegung der Art und Menge der zu gebenden Sondennahrung
- Erteilen der Erlaubnis zur Teilnahme an der Anorexiegruppe, Bewegungstherapie, Beschäftigungstherapie, Musiktherapie
- Regelung des Ausgangs
- Erweiterung oder Einschränkung der Besucherregelung
- Planung der Weiterbehandlung zusammen mit den Patientinnen
- Erlaubnis zur Vorstellung in Kliniken oder Wohngemeinschaften zur Weiterbehandlung

Pflegerische Behandlung

Die Aufgaben des Pflegepersonals beinhalteten neben den üblichen pflegerischen Aufgaben:

- Verabreichung der Medikamente
- Verabreichung der Sondenkost
- Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme
- Dokumentation der Ess- und Trinkmenge
- Überwachung der Toilettengänge zur Vermeidung exzessiven Wassertrinkens und heimlichen Erbrechens
- Tägliches Wiegen der Patientinnen und Dokumentation der Gewichtsentwicklung
- Falls notwendig Beaufsichtigung bei Toilettengängen und beim Duschen, um heimliches exzessives Wassertrinken oder Erbrechen zu verhindern
- Falls bei selbstverletzendem Verhalten notwendig, Fixierung der Patientinnen
- Durchsuchung der Patientenzimmer nach versteckten Nahrungsmitteln, Laxantien oder Erbrochenem

Ernährung

Es wurde bei der Art der zugeführten Nahrung zwischen Normalkost, wie sie auch die anderen Patienten im Klinikum der LMU erhielten, und Sondenkost unterschieden.

Verwendete Sondenkost: Fresubin original fibre® 500 kcal / 500 ml
 Fresubin energy fibre® 750 kcal / 500 ml
 Salvimulsin MCT® 800 kcal / 500 ml

Es wurde die Zunahme während der Gabe von Sondenkost in Kilogramm und der entsprechende Body-Mass-Index ausgerechnet. Weiterhin wurde die Änderung des Körpergewichts und des Body-Mass-Indexes sieben Tage nach Absetzen der Sondenkost erfasst. Bei Patientinnen, die vor Ablauf der sieben Tage entlassen wurden, wird die Zeit bis zu der Entlassung gesondert angegeben.

Die Art der Nahrungsaufnahme wurde unterschieden in:

- selbständiges Essen von Normalkost
- selbständiges Trinken von Sondenkost
- zusätzlich Zufuhr von Sondenkost über eine Nasensonde
- zusätzlich Zufuhr von Sondenkost über eine PEG-Sonde

Medikamentöse Behandlung

Die medikamentöse Behandlung richtete sich nach den Erkrankungen und Laborbefunden der Patientinnen. Sie wurde individuell festgelegt und während der Behandlung kontinuierlich überprüft und gegebenenfalls angepasst.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

Als fakultative Zusatzuntersuchungen wurden kraniale Magnet-Resonanz-Tomographien (MRT) und Hamburg-Wechsler-Intelligenztests für Erwachsene Revision (HAWIE-R) durchgeführt. Die kranialen MRT-Untersuchungen wurden mit einem MRT der Firma Siemens, Modell 1 Te Magnitron Harmony[®], durchgeführt.

Die Untersuchung des HAWIE-R erfolgte gemäß den gültigen Testrichtlinien.

2.1.1.3 Entlassung und Weiterbehandlung

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Bei der Entlassung der Patientinnen wurde festgestellt, ob eine gesetzliche Betreuung über den Entlassungszeitpunkt hinaus bestehen blieb.

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Im Psychopathologischen Entlassungsbefund wurden folgende Parameter erfasst:

- Orientierung zu Ort, Zeit und zur eigenen Person
- kognitive Leistungen in Bezug auf Konzentration, Aufmerksamkeit, Auffassung und Gedächtnis
- formales Denken
- inhaltliches Denken
- Ich-Störungen
- Affekt
- Körperschemastörungen
- vegetative Störungen
- Suizidalität oder Todeswünschen
- Krankheitseinsicht
- Therapiemotivation

Somatischer Entlassungsbefund

- Körpergewicht (KG) der Patientinnen in Kilogramm [kg]; ermittelt mit einer Säulenwaage der Firma Seca Medical Model 701[®] auf 50 Gramm genau.
- Body-Mass-Index (BMI); ausgerechnet mit der Formel $BMI = \text{Körpergewicht} / \text{Größe}^2$ [kg/m²]
- Gewichtssteigerung in Kilogramm während der Behandlung; ausgerechnet nach der Formel Körpergewicht bei Entlassung – Körpergewicht bei Aufnahme [kg]
- Herzfrequenz; palpatorisch ausgezählte Schläge/Minute
- Blutdruck; bestimmt nach Riva-Rocci in Millimeter Quecksilbersäule [mmHg]
- 12-Kanal Elektrokardiogramm (EKG); Gerät: ELI 250[®] der Firma Mortara Instrument
- EEG-Ableitung; Gerät: SynAmps[®] der Firma Neuroscan
- Klinische Chemie mit den Elektrolyten Natrium, Kalium, Chlorid, Magnesium, großes Blutbild, Nierenwerte (Kreatinin, Harnstoff), Leberwerte (GGT, GOT, GPT, AP), Eisen, Ferrit, fT3 und TSH. wobei in der Arbeit nur Natrium, Kalium, Leukozyten, Erythrozyten, Hämoglobin und Hämatokrit berücksichtigt werden. Andere Laborparameter werden nur bei starker Abweichung von dem Normalbereich angegeben. Die Messung der Parameter erfolgte mit laborchemischen Standardverfahren.

Entlassmedikation

Die Entlassmedikation richtete sich nach den Erkrankungen und Laborbefunden der Patientinnen.

Weiterbehandlung

Die Weiterbehandlung wurde zusammen mit den Patientinnen und gegebenen Falls den Betreuern geplant. Möglichkeiten zur Weiterbehandlung waren:

- Psychosomatischen Kliniken
- Psychiatrischen Kliniken
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken
- Therapeutische Wohngemeinschaften
- Ambulante Weiterbehandlung

2.1.2 Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgt rein deskriptiv. Soweit es sinnvoll erscheint, werden die Ergebnisse in tabellarischer und grafischer Form dargestellt, wobei Mittelwert, Standardabweichungen, Minimum und Maximum berechnet werden. Es erfolgt eine Gruppenauswertung aller Patienten und eine Einzelauswertung in Form von Kasuistiken, die sich jeweils in die drei Bereiche Aufnahme, Behandlung und Verlauf sowie Entlassung und Weiterbehandlung gliedert. Grundlage für die Kasuistiken waren die, wie in der Klinik üblich, erstellten Krankenakten.

2.1.2.1 Gruppenauswertung

In der Gruppenauswertung werden die Ergebnisse der einzelnen Patienten unter Angaben von Mittelwerten, Standardabweichungen, Minimum und Maximum zusammengefasst. Soweit es sinnvoll erscheint, werden die Ergebnisse in tabellarischer und grafischer Form dargestellt.

Die Gruppenauswertung gliedert sich im Detail wie folgt:

Aufnahme

- Anlass der Aufnahme
- Rechtsgrundlage bei Aufnahme
- Psychopathologischer Aufnahmebefund
- Somatischer Aufnahmebefund
- Zuverlegende Klinik/einweisender Arzt
- Anamnese
- Vorbehandlungen

Behandlung und Verlauf

- Rechtsgrundlage während der Behandlung
- Behandlungsdauer in der Psychiatrischen Klinik
- Entwicklung des Körpergewichts während der Behandlung
- Entwicklung des BMI während der Behandlung
- Ärztliche Behandlung
- Pflegerische Behandlung
- Ernährung
- Medikamentöse Behandlung
- Fakultative Zusatzuntersuchungen während der Behandlung

Entlassung und Weiterbehandlung

- Rechtsgrundlage bei Entlassung
- Psychopathologischer Entlassungsbefund
- Somatischer Entlassungsbefund
- Weiterbehandlung

2.1.2.2 Kasuistiken

Für jeden vorgestellten Patienten wurde eine Kasuistik erstellt. Grundlage dafür waren die, wie in der Klinik üblich, erstellten Krankenakten. Die Kasuistiken werden im Anhang einzeln aufgeführt und gliedern sich im Detail wie folgt:

Aufnahme

- Anlass der Aufnahme
- Rechtsgrundlage bei Aufnahme
- Psychopathologischer Aufnahmebefund
- Somatischer Aufnahmebefund
- Zuverlegende Klinik/einweisender Arzt
- Anamnese
- Vorbehandlungen

Behandlung und Verlauf

- Rechtsgrundlage während der Behandlung
- Behandlungsdauer
- Gewichtsentwicklung während der Behandlung [kg]
- BMI-Entwicklung während der Behandlung
- Ärztliche Behandlung
- Pflegerische Behandlung
- Ernährung
- Medikamentöse Behandlung
- Fakultative Zusatzuntersuchungen während der Behandlung

Entlassung und Weiterbehandlung

- Rechtsgrundlage bei Entlassung
- Psychopathologischer Entlassungsbefund
- Somatischer Entlassungsbefund
- Weiterbehandlung

3 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt deskriptiv. Es werden Mittelwerte, Standardabweichung, Minimum und Maximum angegeben und soweit sinnvoll werden die Ergebnisse graphisch dargestellt. In diesem Kapitel werden nur die Ergebnisse der Gruppenauswertung dargelegt. Die einzelnen Patientinnen werden in den Kasuistiken im Anhang (Kapitel 6.2) vorgestellt.

Die Ergebnisse der Gruppenauswertung gliedern sich in drei große Bereiche:

1. Aufnahme: In diesem Kapitel werden der Anlass und die Rechtsgrundlage bei Aufnahme sowie der psychopathologische und somatische Aufnahmebefund, die Anamnese dargelegt.
2. Behandlung und Verlauf: In diesem Kapitel werden die Rechtsgrundlage und Dauer der Behandlung, die Gewichtsentwicklung während der Behandlung, die Behandlungsmaßnahmen durch Ärzte und Pflegepersonal, die Ernährung, die medikamentöse Therapie sowie die Befunde fakultativer Zusatzuntersuchungen beschrieben.
3. Entlassung und Weiterbehandlung: In diesem Kapitel werden die Rechtsgrundlage bei Entlassung, der psychopathologische und somatische Entlassungsbefund sowie die geplante Weiterbehandlung der Patientinnen dargestellt.

3.1 Aufnahme

3.1.1 Anlass der Aufnahme

Der Anlass der Aufnahme war bei 25 Patientinnen ein schweres, vital gefährdendes anorektisches Syndrom.

12 Patientinnen (Pat. 5, 7, 9, 10, 13, 15, 18, 19, 21, 23, 25) hatten einen Aufnahme-BMI unter 12 kg/m².

13 Patientinnen (Pat. 3, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20) mussten vor der jetzigen Aufnahme intensivmedizinisch behandelt werden oder im Rahmen der Therapie in der Psychiatrischen Klinik der LMU z.B. wegen lebensbedrohlicher Elektrolytentgleisungen

(Kalium 1,7 mmol/l) oder Bradykardien (30 Schläge/min) zeitweise auf die medizinische Intensivstation verlegt werden.

Vier Patientinnen (Pat. 1, 15, 16, 18) mussten in der Vergangenheit wegen Suizidalität bzw. Suizidversuchen stationär behandelt werden

Zwei Patientinnen (Pat. 16, 24) kamen mit der Gewichtssteigerung im Rahmen psychosomatischer Therapien nicht zurecht und hatten sich selbst geritzt oder mit dem Bügeleisen verbrannt.

Fünf Patientinnen (Pat. 4, 8, 9, 22, 25), die aus Psychosomatischen Kliniken zuverlegt wurden hatten sich dort einer Behandlung verweigert und teilweise über mehrere Monate nicht zugenommen bzw. weiter abgenommen.

21 Patientinnen (nicht Pat. 9, 17, 21, 22) mussten mindestens dreimal auf Grund ihrer Essstörung stationär behandelt werden.

3.1.2 Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Die Aufnahme in der Psychiatrischen Klinik der LMU erfolgte auf folgender Rechtsgrundlage:

17 Patientinnen willigten freiwillig in die Aufnahme und den Verbleib auf der geschlossenen Station der Psychiatrischen Klinik der LMU ein.

Für sieben Patientinnen bestand eine rechtliche Betreuung, für eine dieser sieben Patientinnen war durch das Vormundschaftsgericht zusätzlich die betreuungsrechtliche Unterbringung genehmigt worden.

Eine Patientin wurde auf Grundlage des Bayerischen Unterbringungsgesetzes aufgenommen.

Im Einzelnen stellte sich die Rechtsgrundlage folgendermaßen dar:

Freiwillig

Von den 25 Patientinnen wurden 17 Patientinnen (Pat. 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 16, 18, 20, 21, 22, 24, 25) auf freiwilliger Rechtsgrundlage in der Psychiatrischen Klinik der LMU aufgenommen (Abb. 1, Tab. 1 s. Anhang). Bei zwei Patientinnen (Pat. 6, 7) war ein Verfahren zur Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung und betreuungsrechtlichen Unterbringung eingeleitet. Dieses war durch die vorbehandelnden Ärzte einer internistischen Intensivstation angeregt worden. Ein Beschluss war noch nicht ergangen und angesichts der

drohenden Unterbringung, willigten die Patientinnen freiwillig in den Verbleib auf der geschlossenen Station ein.

Gesetzliche Betreuung und betreuungsrechtliche Unterbringung

Bei sieben Patientinnen (Pat. 1, 5, 10, 15, 17, 19, 23) bestand bereits vor Aufnahme in der Psychiatrischen Klinik der LMU eine gesetzliche Betreuung (Abb. 1, Tab. 1 s. Anhang). Diese war sechsmal (Pat. 1, 5, 15, 17, 19, 23) durch die vorbehandelnden Ärzte und einmal (Pat. 10) durch die Familie der Patientin beantragt worden. Bei einer Patientin (Pat. 5) lag zum Aufnahmezeitpunkt ein betreuungsrechtlicher Unterbringungsbeschluss vor (Abb. 1, Tab. 1 s. Anhang). Die Unterbringung war durch die vorbehandelnden Ärzte beantragt worden.

Unterbringung nach dem bayerischen Unterbringungsgesetz

Eine Patientin (Pat. 11) wurde gemäß Artikel 10/1 des bayerischen Unterbringungsgesetzes in der Psychiatrischen Klinik der LMU aufgenommen (Abb. 1, Tab. 1, s. Anhang).

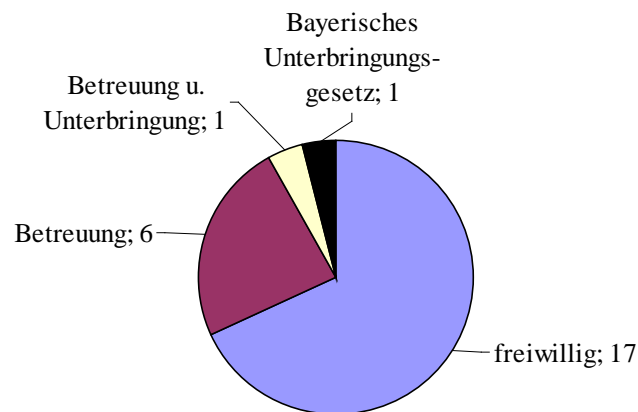


Abb. 1 Rechtsgrundlage bei Aufnahme

3.1.3 Psychopathologischer Aufnahmebefund

Zur Aufnahme kamen in 25 Fällen wache, allseits orientierte Patientinnen.

Die kognitiven Leistungen im Sinne von Konzentration, Aufmerksamkeit, Auffassung und Gedächtnis waren bei 24 der 25 Patientinnen (nicht Pat. 20) eingeschränkt.

Das formale Denken war bei fünf Patientinnen (Pat. 1, 2, 17, 19, 20) unauffällig. Bei 20 Patientinnen war das formale Denken leicht bis stark verlangsamt und es bestand eine gedankliche Einengung auf die Themen Gewicht, Vermeidung von Gewichtszunahme, Gewichtsabnahme und Nahrungsmittel.

Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen oder Ich-Störungen fanden sich bei keiner der 25 Patientinnen.

Affektiv waren 22 der 25 Patientinnen (nicht Pat. 9, 14, 21) niedergestimmt, zwei Patientinnen waren euthym (Pat. 9, 21) und bei einer Patientin (Pat. 14) war die Stimmung inadäquat gehoben.

Vier der 25 Patientinnen (Pat. 4, 5, 14, 19) waren zwanghaft.

Alle 25 Patientinnen hatten eine schwere Körperschemastörung und waren der Auffassung, Idealgewicht zu haben oder weiter abnehmen zu müssen.

Vegetative Störungen in Form von Ein- oder Durchschlafstörungen sowie Erschöpfungsgefühle bestanden bei vier Patientinnen (Pat. 6, 8, 13, 18).

Bei einer Patientin (Pat. 15) bestand Suizidalität, eine Patientin (Pat. 25) hatte passive Todeswünsche.

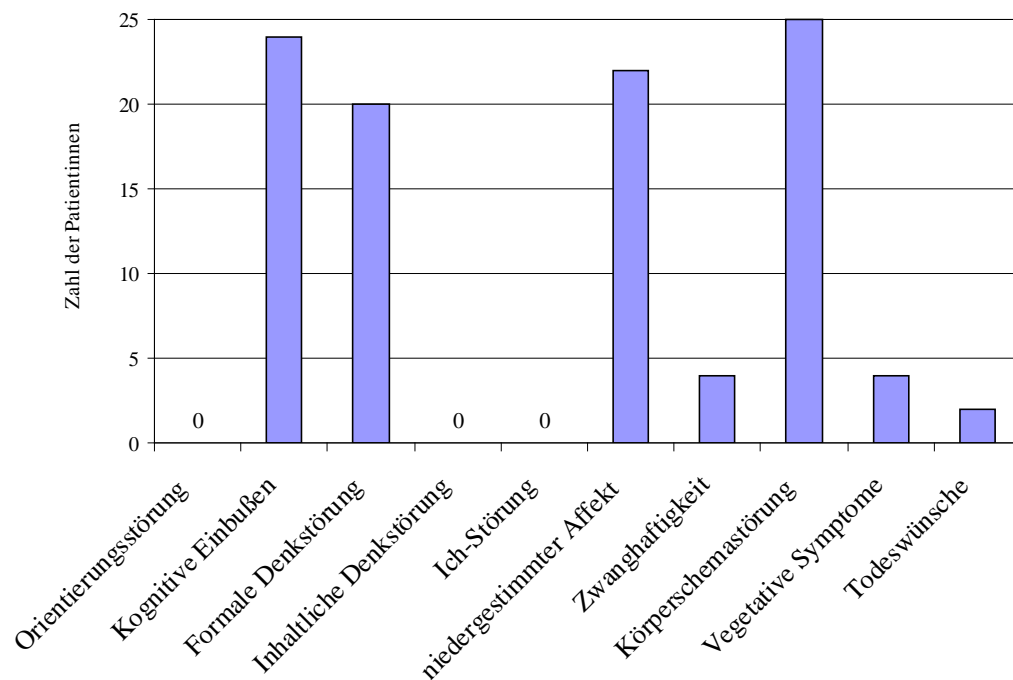


Abb. 2 Psychopathologischer Aufnahmebefund

Vier der 25 Patientinnen (16, 19, 20, 21) zeigten sich bei der Aufnahme krankheitseinsichtig (Abb. 3). Bei 15 Patientinnen (1, 2, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 18, 22, 23, 24, 25) war die Krankheitseinsicht nur teilweise (Abb. 3), bei sechs Patientinnen (3, 5, 6, 10, 15, 17) gar nicht vorhanden (Abb. 3).

Vier Patientinnen (16, 19, 20, 21) zeigten sich behandlungseinsichtig (Abb. 3). Bei 15 Patientinnen (1, 2, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 17, 22, 23, 24, 25) war die Behandlungseinsicht nur teilweise vorhanden (Abb. 3) und sechs Patientinnen (Pat. 3, 5, 6, 10, 15, 18) waren der Ansicht, keiner Behandlung zu bedürfen (Abb. 3).

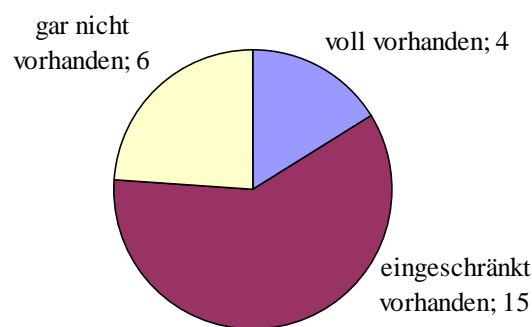


Abb. 3 Krankheits- und Behandlungseinsicht

3.1.4 Somatischer Aufnahmebefund

Alter

Das durchschnittliche Alter der Patientinnen betrug bei der Aufnahme in die Psychiatrische Klinik der LMU $23 \pm 5,7$ Jahre (Mittelwert \pm SD). Die jüngste Patientin (Pat. 24) war 16, die älteste (Pat. 10) 39 Jahre alt (Abb. 4, Tab. 2 s. Anhang).

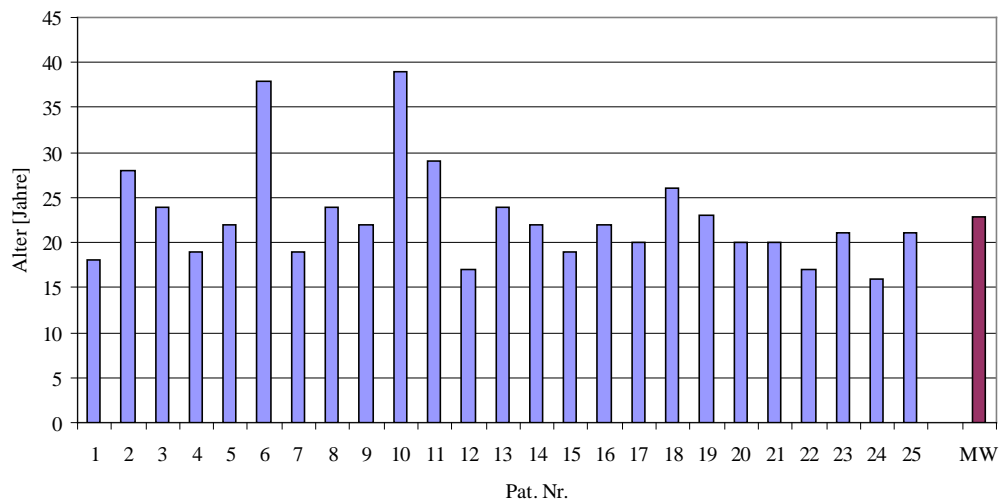


Abb. 4 Alter der Patientinnen

Größe

Die Messung der Patientinnen ergab eine durchschnittliche Größe von $1,63 \pm 0,08$ m (Mittelwert \pm SD), wobei Patientin 2 mit 1,46 m am kleinsten und Patientin 8 mit 1,78 m am größten war (Abb. 5, Tab. 3 s. Anhang).

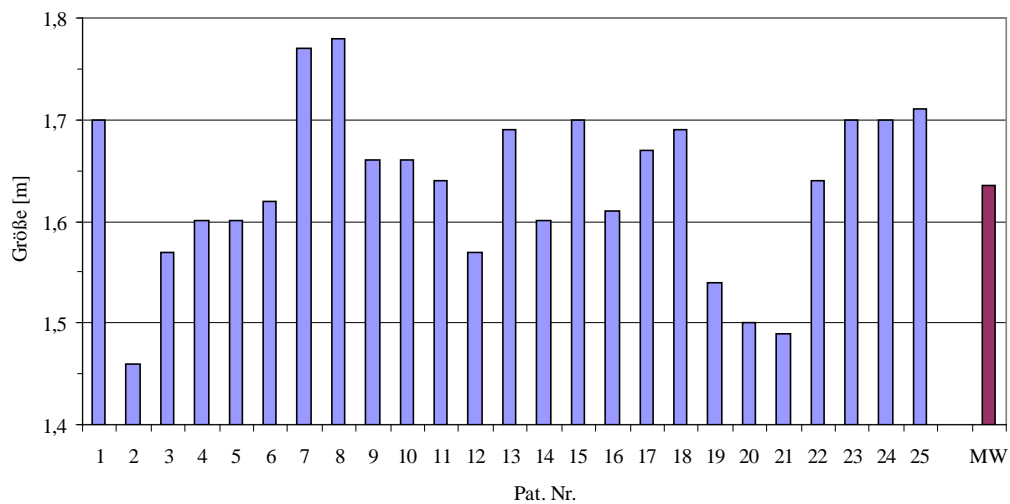


Abb. 5 Größe der Patientinnen

Körpergewicht bei Aufnahme

Das Körpergewicht bei der Aufnahme in die Psychiatrische Klinik der LMU betrug $32,33 \pm 4,77$ kg (Mittelwert \pm SD), wobei Patientin 21 mit 22,60 kg am leichtesten und Patientin 24 mit 43,05 kg am schwersten war (Abb. 6, Tab. 4 s. Anhang).

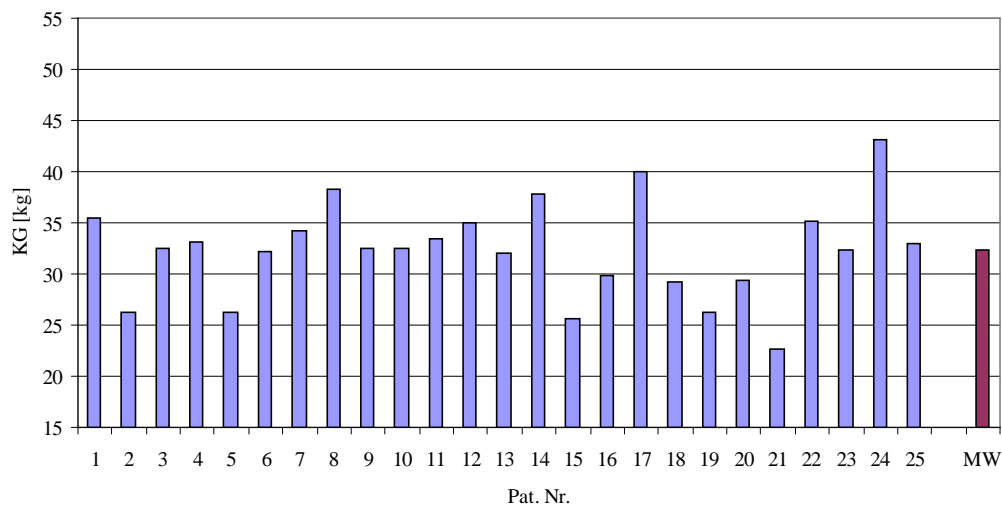


Abb. 6 Körpergewicht bei Aufnahme

Body-Mass-Index bei Aufnahme

Der Body-Mass-Index bei der Aufnahme in die Psychiatrische Klinik der LMU betrug $12,09 \pm 1,51 \text{ kg/m}^2$ (Mittelwert \pm SD), wobei Patientin 15 mit $8,84 \text{ kg/m}^2$ den geringsten und Patientin 24 mit $14,90 \text{ kg/m}^2$ den größten Body-Mass-Index aufwies (Abb. 7, Tab. 5 s. Anhang).

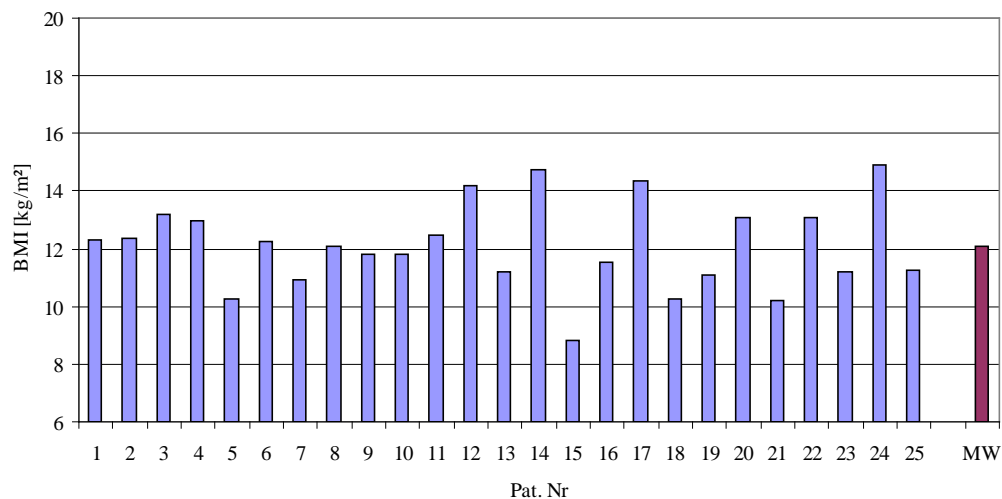


Abb. 7 BMI bei Aufnahme

Herzfrequenz bei Aufnahme

Die Herzfrequenz bei der Aufnahme in die Psychiatrische Klinik der LMU betrug 69 ± 20 Schläge/min (Mittelwert \pm SD), wobei Patientin 15 mit 38 Schlägen/min die langsamste und Patientin 12 mit 120 Schlägen/min die schnellste Herzfrequenz hatte (Abb. 8, Tab. 6 s. Anhang).

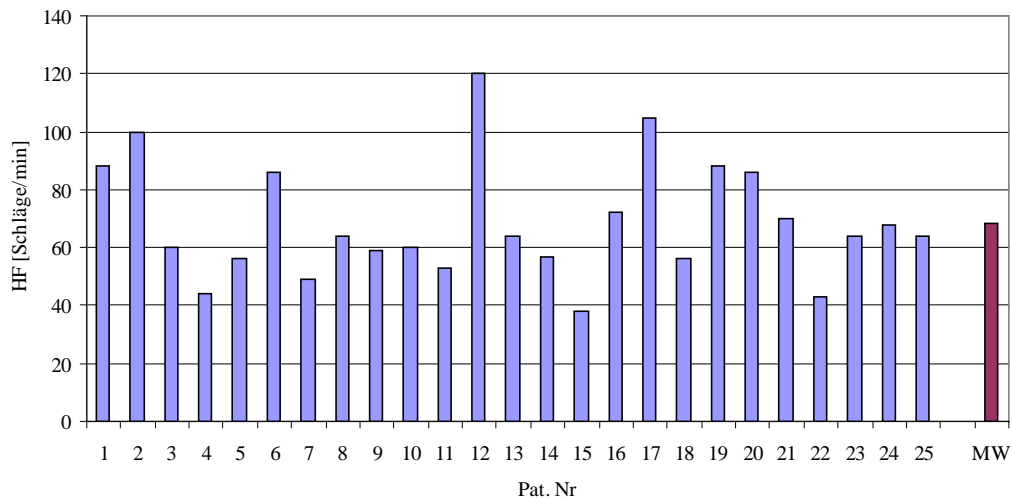


Abb. 8 Herzfrequenz bei Aufnahme

11 der 25 Patientinnen (Pat. 4, 5, 7, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 22) hatten eine Herzfrequenz, die außerhalb des Normalbereichs von 60 – 100 Schlägen/min lag (Abb. 9). Bei 14 Patientinnen (Pat. 1, 2, 3, 6, 8, 10, 13, 16, 19, 20, 21, 23, 24, 25) war die Herzfrequenz normal (Abb. 9).

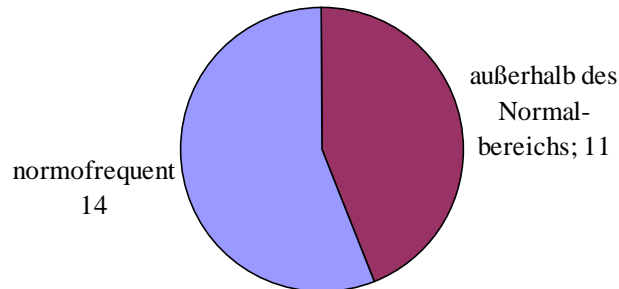


Abb. 9 Herzfrequenz bei Aufnahme normofrequent / außerhalb des Normalbereichs

Neun Patientinnen (Pat. 4, 5, 7, 9, 11, 14, 15, 18, 22) hatten eine Bradykardie (<60 Schläge/min) mit 38 – 59 Schlägen/min (Abb. 10, Tab. 6 s. Anhang).

Zwei Patientinnen (Pat. 12, 17) hatten eine Tachykardie (>100 Schläge/min) mit 105 – 120 Schlägen/min (Abb. 10, Tab. 6 s. Anhang).

Bei 14 Patientinnen (Pat. 1, 2, 3, 6, 8, 10, 13, 16, 19, 20, 21, 23, 24, 25) lag die Herzfrequenz mit 60 – 100 Schlägen im Normalbereich (Abb. 10, Tab. 6 s. Anhang).

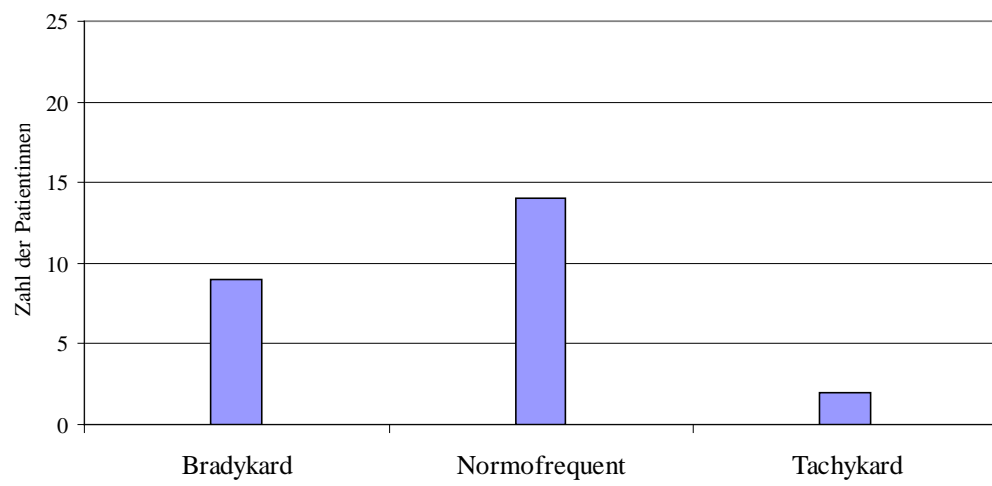


Abb. 10 Befund Herzfrequenz bei Aufnahme

Blutdruck bei Aufnahme

Bei der Aufnahme der Patientinnen lag der systolische Blutdruck bei 95 ± 13 mmHg (Mittelwert \pm SD), wobei Patientin 3 mit einem Wert von 70 mmHg den niedrigsten und Patientin 8 mit 135 mmHg den höchsten systolischen Blutdruck aufwies (Abb. 11, Tab. 7 s. Anhang).

Der diastolisch Blutdruck lag bei der Aufnahme bei 64 ± 9 mmHg (Mittelwert \pm SD), wobei Patientin 3 mit 50 mmHg den niedrigsten und Patientin 8 mit 90 mmHg den höchsten diastolischen Blutdruck aufwies (Abb. 11, Tab. 7 s. Anhang).

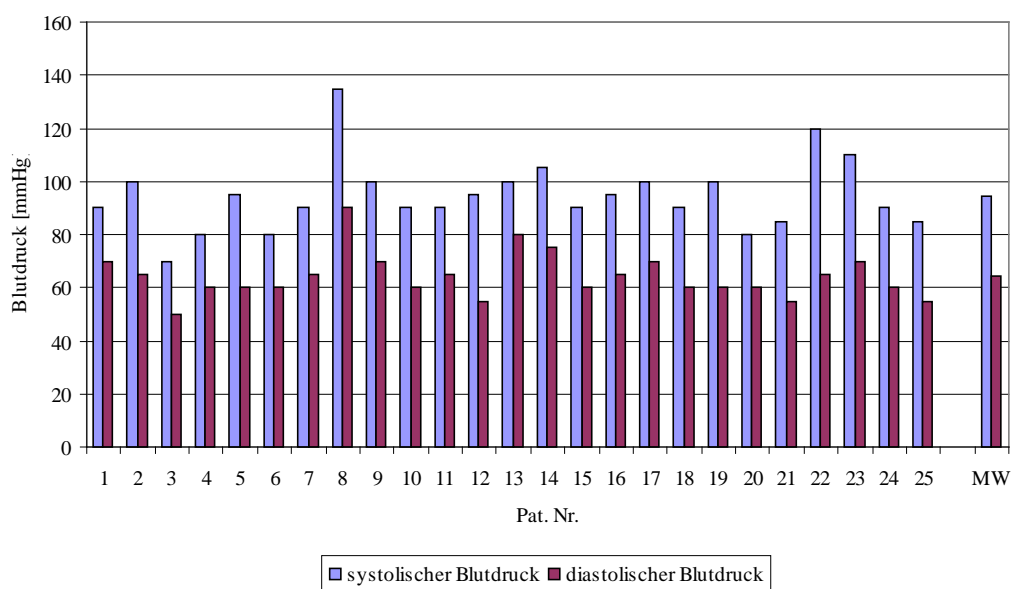


Abb. 11 Blutdruck bei Aufnahme

17 der 25 Patientinnen (Pat. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 15, 16, 18, 20, 21, 24, 25) hatten Blutdruckwerte außerhalb des Normbereichs (systolisch 100 – 139 mmHg, diastolisch bis 89 mmHg) (Abb. 12, Tab. 7 s. Anhang). Acht Patientinnen (Pat. 2, 9, 13, 14, 17, 19, 22, 23) hatten normotone Blutdruckwerte (Abb. 12, Tab. 7 s. Anhang).

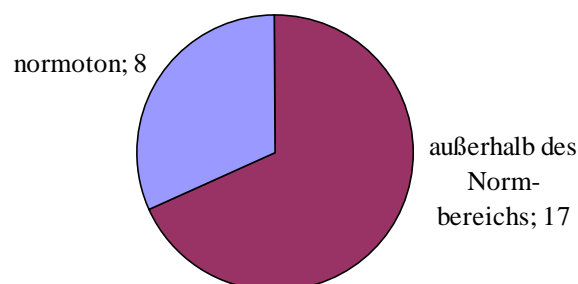


Abb.12 Blutdruck bei Aufnahme normoton / außerhalb des Normalbereichs

16 der 25 Patientinnen (Pat. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 15, 16, 18, 20, 21, 24, 25) hatten eine arterielle Hypotonie (systolischen Blutdruck kleiner 100 mmHg) (Abb. 13, Tab. 7 s. Anhang).

Eine Patientin (Pat. 8) hatte bei der Aufnahme mit 135/90 mmHg einen hochnormalen Blutdruck (Abb. 13, Tab. 7 s. Anhang).

Acht Patientinnen (Pat. 2, 9, 13, 14, 17, 19, 22, 23) hatten bei der Aufnahme einen normalen Blutdruck (Abb. 13, Tab. 7 s. Anhang).

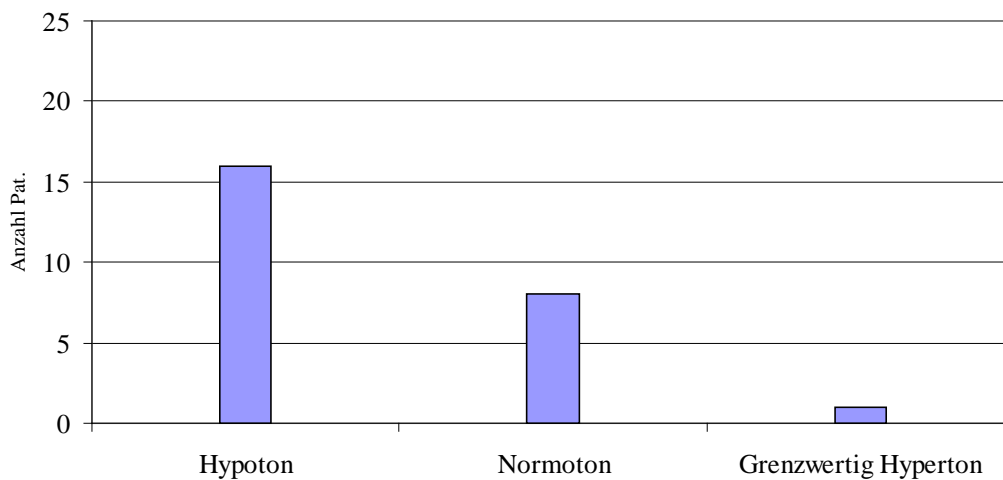


Abb. 13 Blutdruckbefund bei Aufnahme

EKG bei Aufnahme

Bei 24 Patientinnen wurde im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung ein EKG abgeleitet. Die mittlere Herzfrequenz bei der Ableitung des EKGs betrug 61 ± 17 Schläge/min (Mittelwert \pm SD), wobei Patientin 4 mit 36 Schlägen/min die langsamste und Patientin 15 mit 105 Schlägen/min die schnellste Herzfrequenz hatte. Bei 21 Patientinnen (Pat. 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25) zeigten sich in der EKG-Ableitung auffällige Befunde (Abb. 14). Da die palpatorische Herzfrequenzmessung und die Ableitung des EKGs nicht zum gleichen Zeitpunkt erfolgten, unterscheiden sich die jeweils gemessenen Ergebnisse für die Herzfrequenz.

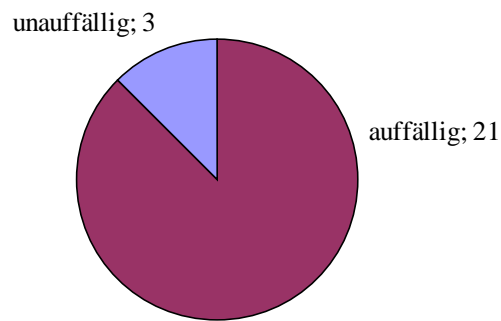


Abb. 14 auffällige / unauffällige EKG-Befunde bei Aufnahme

Die auffälligen EKG-Befunde stellten sich folgender Maßen dar (Abb. 15):

Fünf Patientinnen (Pat. 2, 9, 16, 18, 23) hatten eine Sinusarrhythmie.

15 Patientinnen (Pat. 3, 4, 5, 7, 8, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 24, 25) hatten eine Sinusbradykardie mit $52 \pm 5,6$ Schlägen/min (Mittelwert \pm SD). Die langsamste Sinusbradykardie mit 36 Schlägen/min. hatte Patientin 4.

Eine Patientin (Pat. 22) hatte eine junktionale Bradykardie mit einer Frequenz von 37 Schlägen/min.

Eine Patientin (Pat. 16) hatte einen AV-Block I° mit einer PQ-Zeit von 246 ms.

Eine Patientin (Pat. 15) hatte eine Sinustachykardie mit einer Herzfrequenz von 105 Schlägen/min.

Zwei Patientinnen (Pat. 2, 20) zeigten im EKG eine Verlängerung der QT-Zeit. Patientin 2 hatte bei einer Herzfrequenz von 72 Schlägen/min. einen QT/QTc-Wert von 394/431 ms. Patientin 20 hatte bei einer Herzfrequenz von 93 Schlägen/min. einen QT/QTc-Wert von 446/555 ms.

Vier Patientinnen (Pat. 3, 9, 20, 25) zeigten nicht spezifische T-Wellen-Abnormitäten, in einem Fall (Pat. 20) verbunden mit einer diffusen schweren Repolarisierungsstörung.

Eine Patientin (Pat. 11) hatte eine QRS-Niedervoltage.

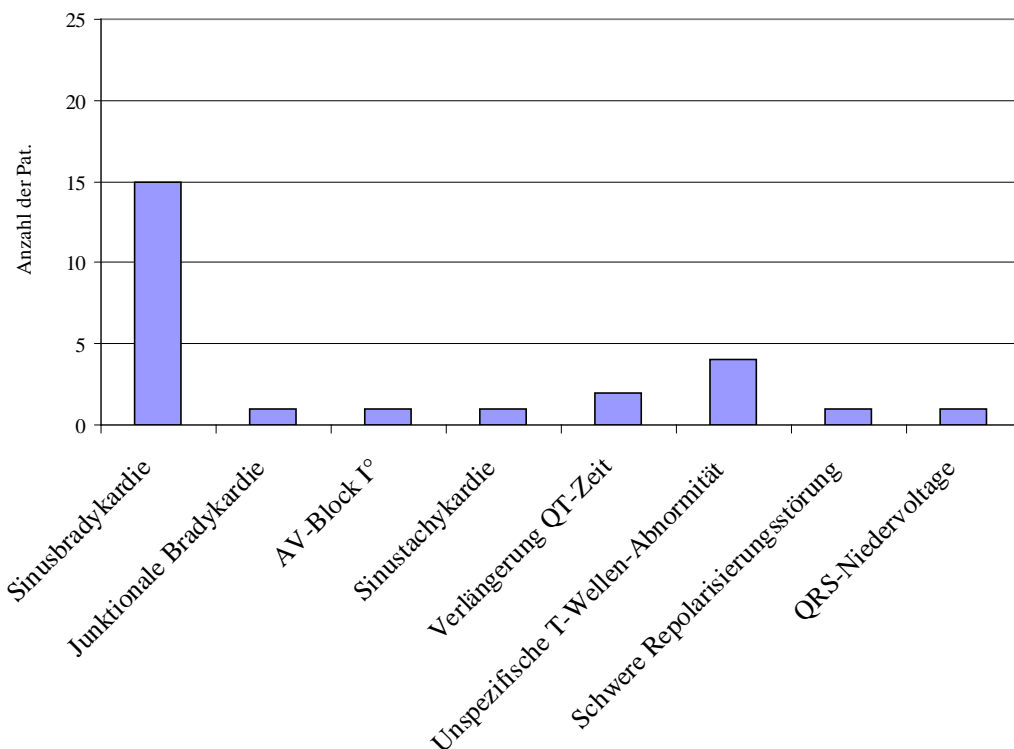


Abb. 15 Auffällige EKG-Befunde bei Aufnahme

EEG bei Aufnahme

Bei 24 Patientinnen wurde im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung ein EEG abgeleitet. 22 der 24 Patientinnen (nicht Pat. 5, 20) hatten ein normales EEG vom α -Typ ohne Hinweis auf einen Herd oder gesteigerte hirnelektrische Erregbarkeit (Abb. 16).

Zwei Patientinnen (Pat. 5, 20) hatten ein abnormes EEG (Abb. 16).

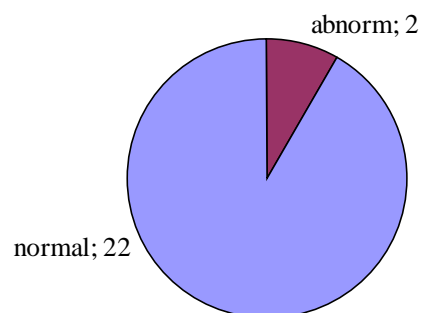


Abb. 16 normaler / abnormer EEG-Befund bei Aufnahme

Patientin 5 zeigte eine verlangsamte Grundtätigkeit im Sinne einer leichten Allgemeinveränderung. Es gab keinen Hinweis auf einen Herd oder gesteigerte hirnelektrische Erregbarkeit. Patientin 20 zeigte ein abnormes EEG vom α -Typ mit intermittierender langsamer Aktivität, die unspezifisch war und für eine Hirnfunktionsstörung bei Elektrolytstörung sprach. Es gab keinen Hinweis auf einen Herd oder gesteigerte hirnelektrische Erregbarkeit.

Labor bei Aufnahme

Allen 25 Patientinnen wurde bei der Aufnahme Blut abgenommen und die Elektrolyte und das Blutbild bestimmt. 23 der 25 Patientinnen (nicht Pat. 16, 24) hatten dabei Laborwerte, die außerhalb des Normbereichs lagen (Abb. 17, Tab. 8).

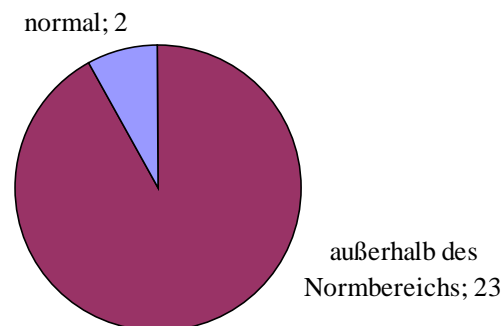


Abb. 17 Laborbefund bei Aufnahme normal / außerhalb des Normbereichs

In der Untersuchung der Elektrolyte im Serum zeigte sich ein mittlerer Natriumwert von $137,8 \pm 5,0$ mmol/l (Mittelwert \pm SD), wobei Patientin 20 mit 128 mmol/l den niedrigsten und Patientin 10 mit 146 mmol/l den höchsten Serumnatriumwert aufwiesen (Tab. 8). In fünf Fällen (Pat. 2, 3, 14, 18, 20) lag eine Hyponatriämie (< 135 mmol/l) vor (Abb. 18, Tab. 8). Diese lag im Bereich von 128 – 133 mmol/l.

Der mittlere Kaliumwert im Serum lag bei $3,8 \pm 0,8$ mmol/l (Mittelwert \pm SD), wobei Patientin 13 mit 1,7 mmol/l den geringsten und Patientin 22 mit 4,8 mmol/l den höchsten Wert aufwiesen (Tab. 8). In Vier Fällen (Pat. 10, 12, 13, 20) lag eine Hypokaliämie ($< 3,5$ mmol/l) vor (Abb. 18, Tab. 108). Diese lag im Bereich von 1,7 – 3,3 mmol/l. Eine der Patientinnen (Pat. 20) mit einer Hypokaliämie wies auch eine Hyponatriämie auf.

Im Blutbild zeigte sich eine mittlere Leukozytenkonzentration von $4,64 \pm 2,09/\text{nl}$ (Mittelwert \pm SD), wobei Patientin 5 mit $1,83/\text{nl}$ den geringsten und Patientin 20 mit $10,50/\text{nl}$ den höchsten Wert aufwiesen (Tab. 8). In 14 Fällen (Pat. 1, 2, 3, 4, 5, 7, 11, 12, 14, 15, 17, 19, 21, 25) lag eine Leukopenie ($< 4,30/\text{nl}$) vor (Abb. 93, Tab. 108). Diese lag im Bereich von $1,83 - 4,04/\text{nl}$. In einem Fall (Pat. 20) lag eine Leukozytose ($> 10,00/\text{nl}$) von $10,50/\text{nl}$ vor. Diese Patientin hatte neben der Leukozytose eine Hyponatriämie, Hypokaliämie und eine Anämie. Die mittlere Erythrozytenkonzentration lag bei $3,97 \pm 0,67/\text{pl}$ (Mittelwert \pm SD), wobei Patientin 6 mit $2,67/\text{pl}$ den geringsten und Patientin 20 mit $5,47/\text{pl}$ den größten Wert aufwiesen (Tab. 8).

Die mittlere Hämoglobinkonzentration lag bei $12,7 \pm 2,1 \text{ g/dl}$ (Mittelwert \pm SD), wobei Patientin 6 mit $8,5 \text{ g/dl}$ den geringsten und Patientin 20 mit $17,5 \text{ g/dl}$ den höchsten Wert aufwies (Tab. 8).

Der mittlere Hämatokritwert lag bei $37,1 \pm 5,8 \%$ (Mittelwert \pm SD), wobei Patientin 6 mit $25,1 \%$ den niedrigsten und Patientin 20 mit $51,7 \%$ den höchsten Wert aufwiesen (Tab. 8).

Insgesamt lag bei 19 Patientinnen (Pat. 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23) eine Anämie vor (Abb. 18, Tab. 108).

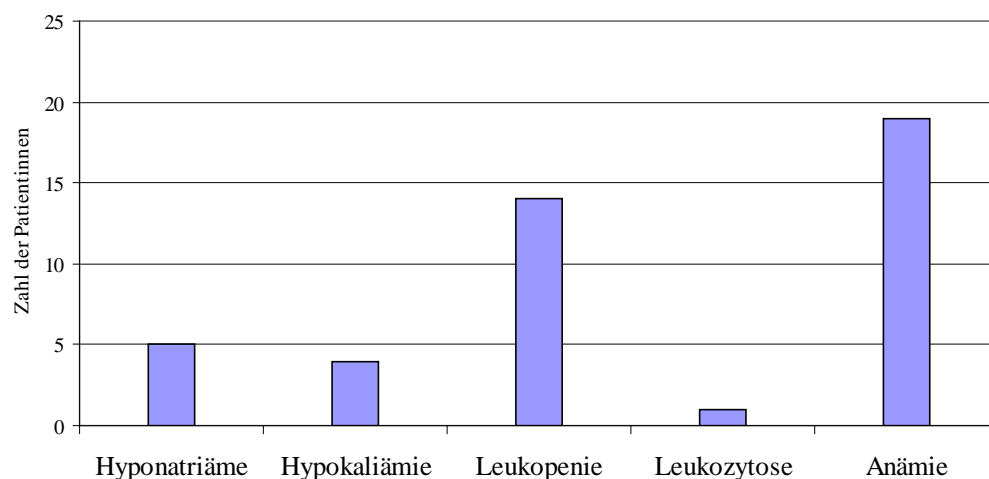


Abb. 18 pathologische Laborbefunde bei Aufnahme

	Natrium Aufnahme [mmol/l]	Kalium Aufnahme [mmol/l]	Leukozyten Aufnahme [nl]	Erythrozy- ten Aufnahme [pl]	Hämoglo- bin Aufnahme [g/dl]	Hämato- krit Aufnahme [%]
Referenz- bereich	135 - 148	3,5 - 5,1	4,30 - 10,00	4,20 - 5,40	12,0 - 16,0	35,0 - 47,0
Patient Nr.						
1	143	3,9	3,39	2,81	10,1	29,6
2	133	3,9	2,41	4,60	14,0	41,5
3	131	4,3	2,79	3,23	11,2	33,1
4	141	3,5	3,60	4,50	14,3	40,8
5	143	3,8	1,83	3,45	10,6	30,4
6	137	4,2	5,95	2,67	8,5	25,1
7	138	4,1	3,01	3,79	12,0	36,2
8	130	4,6	4,40	3,54	11,3	33,0
9	139	4,1	5,62	3,74	12,5	36,8
10	146	2,7	6,20	4,16	13,1	38,8
11	135	4,0	2,85	3,65	13,0	38,3
12	143	3,3	3,26	3,93	13,2	37,1
13	136	1,7	5,70	5,00	16,7	45,0
14	132	4,0	3,00	4,00	12,5	35,4
15	136	3,7	3,64	3,63	11,7	35,1
16	137	3,5	7,22	5,13	14,6	45,2
17	141	4,1	3,41	3,88	11,3	34,5
18	130	3,8	4,40	4,20	14,9	40,4
19	142	3,8	3,41	3,50	11,4	32,4
20	128	1,8	10,50	5,47	17,5	51,7
21	140	4,7	4,04	3,76	12,4	35,9
22	145	4,8	8,88	4,05	12,4	37,5
23	139	4,1	6,50	3,62	9,9	31,1
24	138	3,7	6,10	4,30	13,5	37,9
25	141	4,5	3,92	4,74	14,3	44,6
Mittelwert	137,8	3,8	4,64	3,97	12,7	37,1
SD	5,0	0,8	2,09	0,67	2,1	5,8
min.	128	1,7	1,83	2,67	8,5	25,1
max.	146	4,8	10,50	5,47	17,5	51,7

Tab. 8 Laborwerte bei Aufnahme

3.1.5 Zuverlegende Klinik / einweisender Arzt

Acht Patientinnen (Pat. 1, 2, 5, 6, 7, 10, 12, 17) wurden aus Medizinischen Kliniken zuverlegt, 11 Patientinnen (Pat. 3, 4, 8, 9, 11, 15, 18, 22, 23, 24, 25) aus psychosomatischen Kliniken und sechs Patientinnen (Pat. 13, 14, 16, 19, 20, 21) kamen von zu Hause (Abb. 19, Tab. 9, s. Anhang). Von diesen wurde eine (Pat. 14) durch ihren Hausarzt, eine (Pat. 20) durch ihre Internistin, eine (Pat. 21) durch ihren Neurologen und zwei (Pat. 16, 19) durch ihren behandelnden Psychiater eingewiesen. Eine Patientin (Pat. 13) wurde auf Vermittlung einer Psychosomatischen Klinik vorstellig.

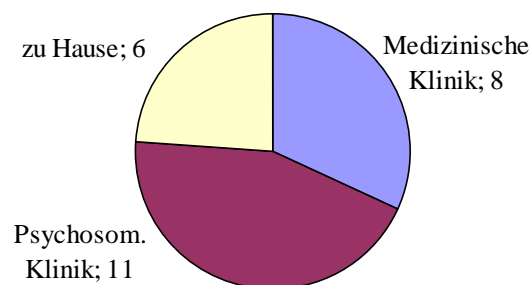


Abb. 19 Patientin zuverlegt aus / aufgenommen

3.1.6 Anamnese

Bisherige Erkrankungsdauer

Die durchschnittliche Erkrankungsdauer bis zum Aufnahmezeitpunkt in der Psychiatrischen Klinik der LMU betrug $7,28 \pm 4,89$ Jahre (Mittelwert \pm SD). Patientin 1 war mit einer bisherigen Erkrankungsdauer von einem Jahr am kürzesten und Patientin 10 mit einer bisherigen Erkrankungsdauer von mindestens 21 Jahren am längsten erkrankt (Abb. 20, Tab. 10 s. Anhang).

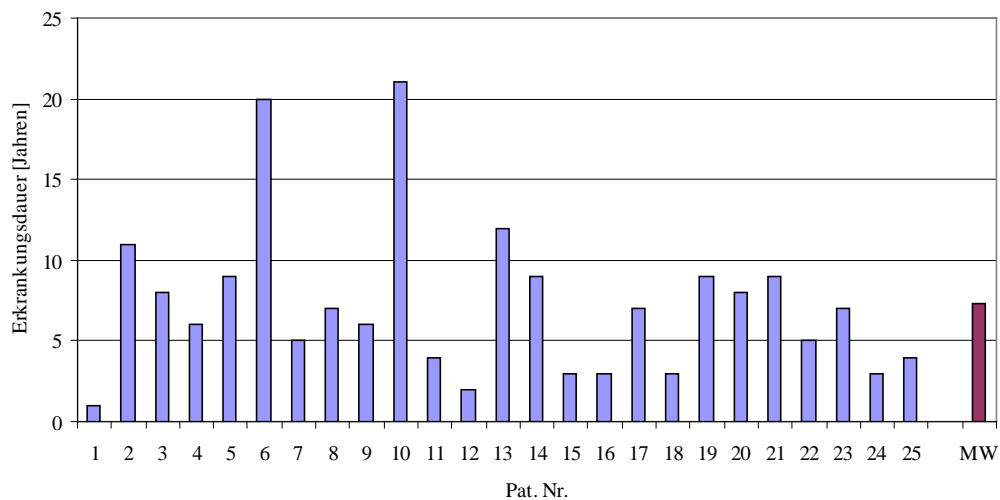


Abb. 20 Bisherige Erkrankungsdauer

Laxantienabusus

Neun der 25 Patientinnen (Pat. 3, 4, 5, 11, 13, 16, 18, 20, 25) gaben bei der Aufnahme an, Laxantien zur aktiven Gewichtsreduzierung zu verwenden (Abb. 21).

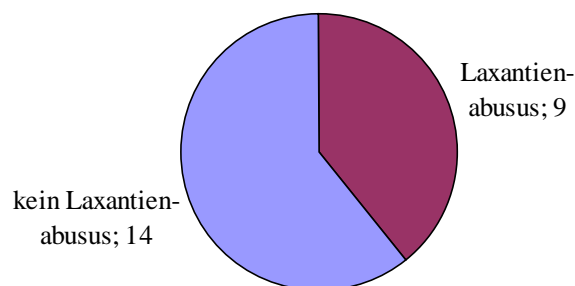


Abb. 21 Patientinnen mit Laxantienabusus

Suizidversuche

Drei Patientinnen (Pat. 1, 16, 18) hatten angegeben, schon einmal versucht zu haben, sich das Leben zu nehmen (Abb. 22). Patientin 1 durch das Trinken von WC-Reiniger, Patientin 16 wollte sich mit Tabletten und Alkohol umbringen und Patientin 18 wollte sich mit Schlaftabletten das Leben nehmen.

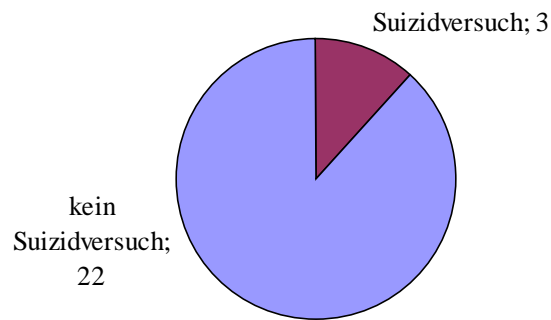


Abb. 22 Patientinnen mit Suizidversuch in der Anamnese

Eltern

Bei den Vätern der Patientinnen handelte es sich in 15 Fällen um Akademiker. In 10 Fällen hatten die Väter einen Ausbildungsberuf erlernt (Abb. 23, Tab. 11).

Neun der Mütter waren nicht berufstätig, sechs arbeiteten als Akademikerinnen und neun gingen einem Ausbildungsberuf nach (Abb. 24, Tab. 11).

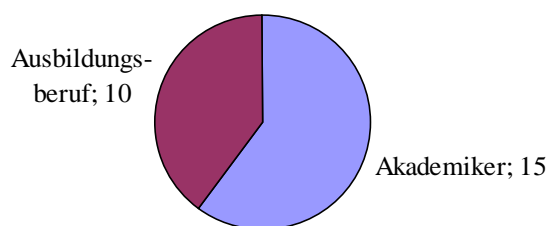


Abb. 23 Beruf Vater

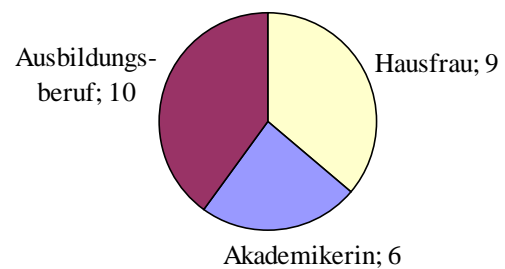


Abb. 24 Beruf Mutter

Pat. Nr.	Beruf Vater	Beruf Mutter
1	Zimmerer	Bäckereifachverkäuferin
2	Ingenieur	Buchhändlerin
3	Busfahrer	Verkäuferin
4	Ingenieur	Hausfrau
5	Ingenieur	Hausfrau
6	Maurer	Hausfrau
7	Jurist	Psychotherapeutin
8	Apotheker	Pharmazeutische Angestellte
9	Leitender Angestellter	Steuerberaterin
10	Kunsterzieher	Hausfrau
11	Goldschmied	Goldschmiedin
12	Ingenieur	Sachbearbeiterin
13	Supermarktfilialleiter	Hausfrau
14	Architekt	Lehrerin
15	Forstwirt	Lehrerin
16	Feinmechaniker	Chefsekretärin
17	Finanzbeamter	Bäckereifachverkäuferin
18	Ingenieur	Hausfrau
19	Ingenieur	Hausfrau
20	Ingenieur	Steuerberaterin
21	Offsetdrucker	Hausfrau
22	Jurist	Projektmanagerin
23	Diplom-Kaufmann	Hausfrau
24	Energieelektroniker	Altenpflegerin
25	Lehrer	Lehrerin

Tab. 11 Beruf der Eltern

Schulbildung und weiterführende Bildung der Patientinnen

Acht Patientinnen (Pat. 3, 10, 14, 15, 19, 21, 23, 25) hatten die Schule mit dem Abitur beendet, drei Patientinnen (Pat. 7, 12, 20) besuchten noch das Gymnasium (Abb. 25, Tab. 12).

Acht Patientinnen (Pat. 2, 4, 5, 8, 9, 11, 17, 22) hatten die Schule mit Mittlerer Reife beendet, eine Patientin (Pat. 24) besuchte noch die Realschule (Abb. 25, Tab. 12).

Vier Patientinnen (Pat. 1, 6, 13, 16) hatten die Schule mit dem Qualifizierten Hauptschulabschluss beendet, eine Patientin (Pat. 18) hatte keinen Schulabschluss (Abb. 25, Tab. 12).

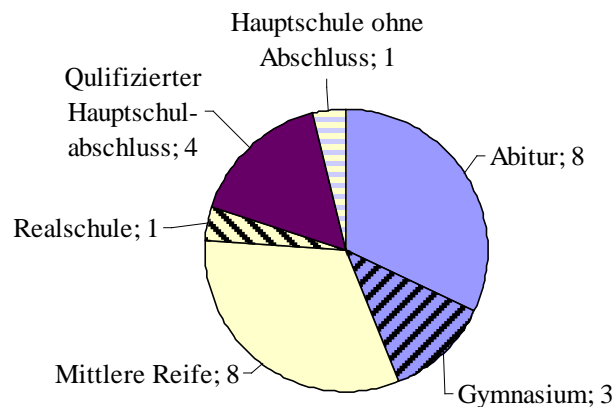


Abb. 100 Schulbildung der Patientinnen

Von den 21 Patientinnen, die die Schule bereits beendet hatten (nicht Pat. 7, 12, 20, 24), gingen 3 Patientinnen (Pat. 2, 3, 25) vor ihrer stationären Aufnahme einer geregelten Beschäftigung nach. Patientin 2 besuchte die Dolmetscherschule, Patientin 3 war als Industriekauffrau tätig und Patientin 25 studierte. Die andern 18 gingen zum Aufnahmezeitpunkt keiner geregelten Tätigkeit nach (Tab. 12).

Pat. Nr.	Schule	Weiterführende Bildung, Beschäftigung
1	Qualifizierter Hauptschulabschluss	Ausbildung zur Einzelhandelskauffrau vorzeitig durch Ausbildungsbetrieb beendet
2	Mittlere Reife	Fremdsprachenkorrespondentin, z. Z. Ausbildung zur Dolmetscherin
3	Abitur	Industriekauffrau
4	Mittlere Reife	Keine beruflichen Ziele
5	Mittlere Reife	Ausbildung zur Bürokauffrau im 3. Lehrjahr krankheitsbedingt unterbrochen
6	Qualifizierter Hauptschulabschluss	Einzelhandelskauffrau, Teamassistentin, erwerbsunfähig
7	Gymnasium, 13. Klasse,	Ziel: Abitur
8	Mittlere Reife	Pharmazeutisch technische Assistentin, z. Z. keine Erwerbstätigkeit
9	Mittlere Reife	Sport- u Gymnastiklehrerin, Tanzausbildung (nach 3 Mon. abgebrochen), Ziel: Fachabitur und Studium der Sozialpädagogik
10	Abitur	Abschluss in Romanistik, Ausbildung zur Physiotherapeutin krankheitsbedingt abgebrochen
11	Mittlere Reife	Gelernte Keramikerin, nach Arbeitslosigkeit z. Z. krank geschrieben
12	Gymnasium 10. Klasse	Ziel: Abitur
13	Qualifizierter Hauptschulabschluss	Bürokauffrau, seit 2,5 Jahren krank geschrieben
14	Abitur	Studium der Soziologie, seit dem 3. Semester krank geschrieben
15	Abitur	Noch keine Pläne
16	Qualifizierter Hauptschulabschluss	Ausbildung zur Pferdewirtin vorzeitig abgebrochen
17	Mittlere Reife	Ausbildung zur Erzieherin vorzeitig abgebrochen
18	Hauptschule ohne Abschluss	Friseurin, z. Z. krank geschrieben
19	Abitur	Noch keine Pläne
20	Gymnasium 12. Klasse	Ziel: Abitur
21	Abitur	Ausbildung zur Patentanwaltsgehilfin, wegen zu hoher Leistungsanforderungen abgebrochen
22	Mittlere Reife	Tanzstudium krankheitsbedingt unterbrochen
23	Abitur	Ziel: Studium der Geschichte
24	Realschule	Ziel: Mittlere Reife
25	Abitur	z. Z. Jura- u Französischstudium

Tab. 12 Schulbildung und weiterführende Bildung der Patientinnen

Sexuelle Gewalt

Vier Patientinnen (Pat. 6, 8, 11, 13) hatten sexuelle Gewalt erlebt. Während ihrer Pubertät habe ein Fremder versucht, Patientin 6 zu vergewaltigen. Patientin 8 sei in ihrem Sportverein massiv sexuell genötigt worden. Patientin 11 sei von ihrem früheren Chef und jetzigen Lebengefährten der Mutter sexuell belästigt und bedrängt worden und Patientin 13 sei von einem Geschäftspartner des Bruders sexuell genötigt worden.

Psychiatrische Familienanamnese

Sechs Patientinnen (Pat. 4, 5, 11, 14, 16, 21) hatten eine positive psychiatrische Familienanamnese.

Der Bruder von Patientin 4 litt an Depressionen und hatte versucht, sich zu suizidieren. Patientin 5 hatte eine Cousine, die an Anorexia nervosa erkrankt war und einen Großvater, der unter einer Zwangserkrankung litt. Der Vater von Patientin 11 war Alkoholiker. Der Bruder von Patientin 14 hatte ein depressives Syndrom. Patientin 16 hatte eine Schwester, die an einer Überdosis Heroin verstorben war und eine alkoholranke Tante. Der Großvater von Patientin 21 hatte sich suizidiert.

Somatische Anamnese

Zum Aufnahmezeitpunkt bestand bei allen 25 Patientinnen eine Amenorrhoe. Patientin 2, die ein Ullrich-Turner-Syndrom hatte, hatte trotz Substitutionstherapie mit Klimonorm keine Menstruation.

Neben üblichen Kinderkrankheiten, Allergien und kleinen operativen Eingriffen wie Tonsillektomie oder Appendektomie hatte eine Patientin (Pat. 1) eine hereditäre Sphärozytose, eine Patientin (Pat. 2) hatte ein Ullrich-Turnder-Syndrom und hatte in der Vergangenheit Grand-mal-Episoden gehabt. Drei Patientinnen (Pat. 5, 6, 23) hatten eine Osteoporose. Eine Patientin (Pat. 8) hatte Morbus Wilson und war lebertransplantiert.

3.1.7 Vorbehandlung

Stationäre Vorbehandlungen in Psychiatrischen, Psychotherapeutischen oder Psychosomatischen Kliniken

Alle 25 Patientinnen waren vor der jetzigen Aufnahme auf Grund ihrer Essstörung in Psychiatrischen, Psychotherapeutischen oder Psychosomatischen Abteilungen stationär behandelt worden (Abb. 26, Tab. 13). Die durchschnittliche Zahl der stationären Behandlungen in Psychiatrischen, Psychotherapeutischen oder Psychosomatischen Kliniken betrug 3 ± 2 (Mittelwert \pm SD). Die niedrigste Zahl stationärer Vorbehandlungen lag bei einer (Pat. 3, 6, 9, 10, 12, 17, 22, 24) und die höchste lag bei acht stationären Vorbehandlungen (Pat. 16).

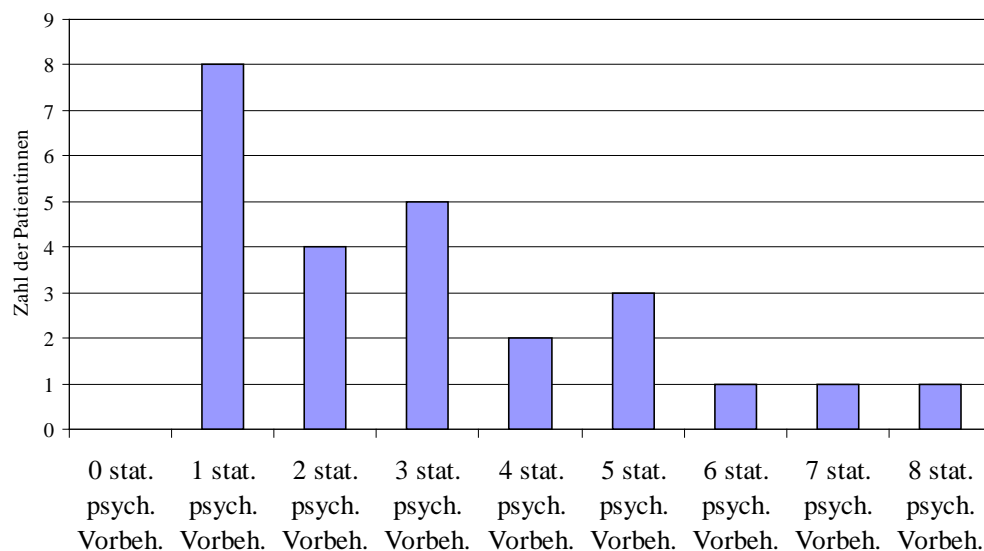


Abb. 26 Stationäre psychiatrische / psychotherapeutische / psychosomatischer Vorbehandlungen

Stationäre Vorbehandlungen in Medizinischen Kliniken

20 der 25 Patientinnen (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 23, 24, 25) waren auf Grund der Essstörung bereits in Medizinischen Kliniken stationär behandelt worden (Abb. 27, Tab. 13). Im Mittel hatten sich die 20 Patientinnen $2,25 \pm 1,45$ -mal (Mittelwert \pm SD) in stationärer Behandlung in einer Medizinischen Klinik befunden. Die durchschnittliche Zahl der stationären Behandlungen für alle 25 Patientinnen betrug $1,8 \pm 1,6$ (Mittelwert \pm SD). Fünf Patientinnen (Pat. 9, 18, 19, 21, 22) waren noch nie in Medizinischen

Abteilungen stationär behandelt worden. Patientin 13 war mit sechsmal am öftesten in Medizinischen Abteilungen stationär behandelt worden.

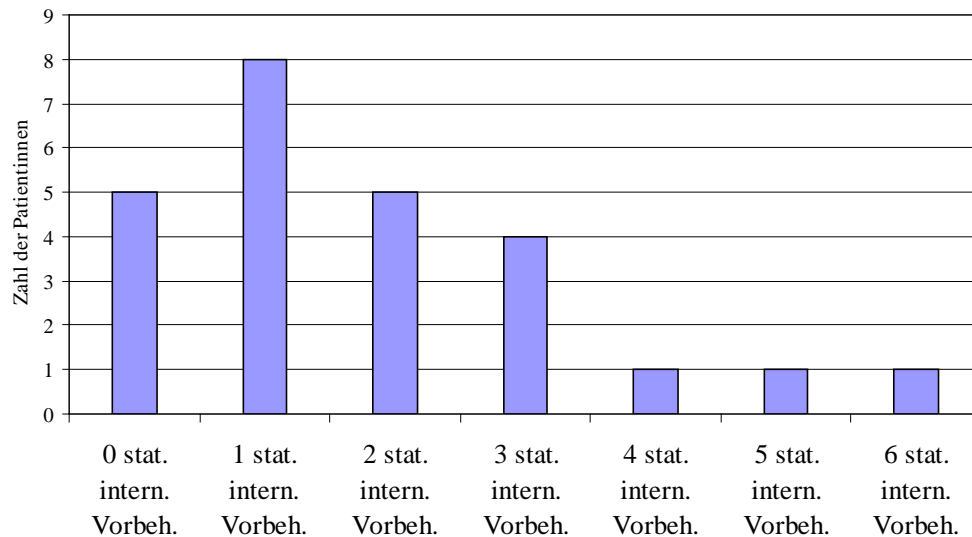


Abb. 27 Stationäre internistische Vorbehandlungen

Ambulante Vorbehandlungen

19 Patientinnen (Pat. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 25) waren auf Grund ihrer Essstörung in ambulanter Behandlung gewesen (Abb. 28, Tab. 13). Diese hätten, wenn überhaupt, nur kurz eine Besserung der Symptomatik bewirkt.

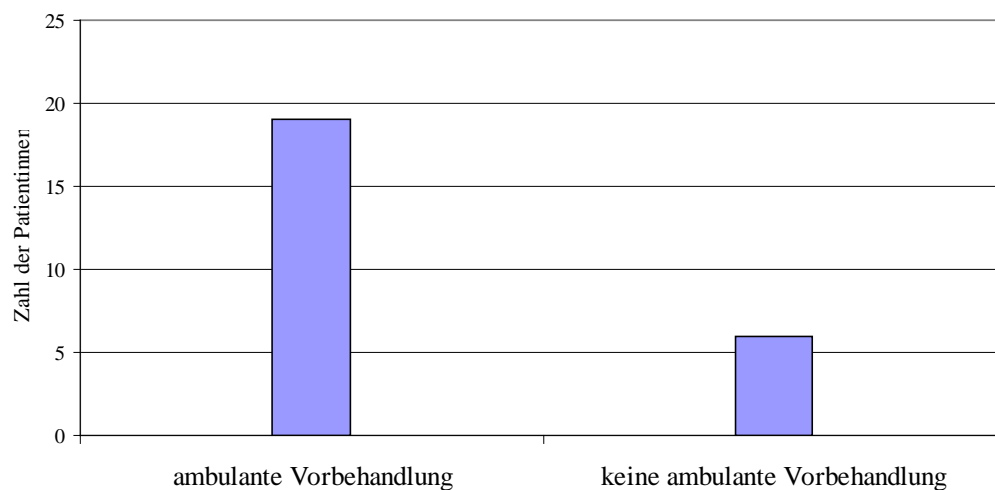


Abb. 28 Ambulante Vorbehandlungen

Patient Nr.	Stat. Vorbehandlungen in Psychiatrischen, Psychotherapeutischen, Psychosomatischen Kliniken	Stationäre Vorbehandlungen in Medizinischen Kliniken	ambulante Psychotherapie
1	3	2	/
2	3	3	ja
3	1	2	ja
4	5	1	ja
5	3	3	ja
6	1	2	ja
7	3	4	ja
8	2	3	ja
9	1	0	ja
10	1	2	/
11	5	1	/
12	1	3	ja
13	7	6	ja
14	6	1	ja
15	2	5	ja
16	8	1	ja
17	1	1	/
18	4	0	ja
19	4	0	ja
20	2	1	ja
21	2	0	/
22	1	0	ja
23	3	1	ja
24	1	2	/
25	5	1	ja
Mittelwert	3,0	1,8	
SD	2,0	1,6	
min	1	0	
max	8	6	

Tab. 13 stationäre und ambulante Vorbehandlungen

3.2 Behandlung und Behandlungsverlauf der Gesamtgruppe

3.2.1 Rechtsgrundlage während der Behandlung

Die Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU erfolgte auf folgender Rechtsgrundlage:

Vier der 25 Patientinnen willigten freiwillig in die Behandlung ein. Der Aufnahme hatten 17 Patientinnen freiwillig zugestimmt.

Bei 19 Patientinnen fand die Behandlung auf der Rechtsgrundlage einer rechtlichen Betreuung statt. Bei der Aufnahme hatte für 6 Patientinnen eine rechtliche Betreuung bestanden. 11 der rechtlich betreuten Patientinnen wurden zeitweise durch das Vormundschaftsgericht betreuungsrechtlich untergebracht. Eine Patientin war auf Grundlage eines betreuungsrechtlichen Unterbringungsbeschlusses aufgenommen worden und eine auf Grundlage des Bayerischen Unterbringungsrechts.

Zwei der drei minderjährigen Patientinnen wurden zeitweise familienrechtlich untergebracht.

Im einzelnen stellte sich die Rechtsgrundlage während der Behandlung folgendermaßen dar:

Freiwillig

Vier der 25 Patientinnen (Pat. 13, 16, 20, 22) willigten während der gesamten Therapiedauer freiwillig in die Behandlung und den Verbleib in der Psychiatrischen Klinik der LMU ein (Abb. 29, Tab. 14 s. Anhang).

Gesetzliche Betreuung

Bei 19 Patientinnen (Pat. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 23, 25) erfolgte die Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU auf der Rechtsgrundlage einer rechtlichen Betreuung (Abb. 29, Tab. 14 s. Anhang). Für sieben Patientinnen (Pat. 1, 5, 10, 15, 17, 19, 23) bestand die rechtliche Betreuung bereits vor Aufnahme in die Psychiatrische Klinik der LMU, für 12 Patientinnen (Pat. 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 18, 21, 25) wurde diese während ihres Aufenthaltes in der Psychiatrischen Klinik der LMU eingerichtet. Bei sieben (3, 7, 11, 14, 18, 21, 25) der 12 Patientinnen erfolgte die Einrichtung der Betreuung im Verlauf der ersten Behandlungswoche, da sie trotz vitaler Gefährdung entlassen werden wollten und eine Therapie verweigerten. Bei fünf (Pat. 2, 4, 6, 8, 9) der Patientinnen wurde die Betreuung später im Behandlungsverlauf eingerichtet. Entweder weil es zu dem Wunsch

nach vorzeitiger Beendigung der Therapie kam oder um bei mangelnder Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft eine notwendige Weiterbehandlung nach der Entlassung aus der Psychiatrischen Klinik der LMU zu gewährleisten. Die rechtliche Betreuung wurde durch das Vormundschaftsgericht stets dadurch begründet, dass die betroffenen Patientinnen an einer psychiatrischen Krankheit leiden würden, ernsthaft krank seien jedoch keine Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft bestünde. Das Gericht sah es als erwiesen an, dass die Patientinnen nicht in der Lage seien, selbst ihre eigenen Angelegenheiten zu besorgen bzw. sich angemessen um ihre Gesundheit zu kümmern. Das Gericht räumte den Betreuern die Befugnis ein, die Ernährung der Patienten und die Anlage einer Ernährungssonde auch gegen deren Willen zu genehmigen. In 2 Fällen (Pat. 15, 17) lief die gesetzliche Betreuung während der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU aus. Da die Patientinnen krankheitseinsichtig und behandlungsbereit waren, war eine Verlängerung der Betreuung nicht nötig.

Betreuungsrechtliche Unterbringung

11 Patientinnen (Pat. 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 14, 18, 21, 25) wurden während der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU vorübergehend betreuungsrechtlich untergebracht (Abb. 29, Tab. 14 s. Anhang). Die Unterbringung wurde durch das Vormundschaftsgericht stets damit begründet, dass die Patientinnen ernsthaft erkrankt seien und keine Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft hätten. Da sie an einer psychiatrischen Krankheit leiden würden und die Gefahr bestünde, sich durch ihre Therapieverweigerung erheblichen gesundheitlichen Schaden zuführen zu können, war das Gericht der Meinung, dass die notwendige ärztliche Behandlung nur durch eine geschlossene Unterbringung gewährleistet werden könne.

Die Dauer der betreuungsrechtlichen Unterbringung betrug $90,3 \pm 61,6$ Tage (Mittelwert \pm SD), wobei Patientin 21 mit 20 Tagen am kürzesten und Patientin 3 mit 192 Tagen am längsten untergebracht war. Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen wurde das Vormundschaftsgericht unverzüglich informiert, falls eine untergebrachte Patientin freiwillig der Therapie zustimmte. Aus diesem Grund wurde der ursprünglich auf 42 Tage befristete Unterbringungsbeschluss für Patientin 21 vorzeitig aufgehoben. Patientin 3 konnte krankheitsbedingt nur zeitweise einer Therapie zustimmen und musste über mehrere Monate

untergebracht werden. Das Vormundschaftsgericht überprüfte regelmäßig, ob die Gründe für eine betreuungsrechtliche Unterbringung noch bestanden.

Familienrechtliche Unterbringung

Zwei der minderjährigen Patientinnen (Pat. 12, 24), deren Eltern mit der Therapie einverstanden waren, wurden, da sie trotz vitaler Gefährdung der Behandlung nicht zustimmten und den Wunsch nach sofortiger Entlassung äußerten, zeitweise familienrechtlich untergebracht (Abb. 29, Tab. 14 s. Anhang). Patientin 12 für 39 Tage und Patientin 24 für 148 Tage.

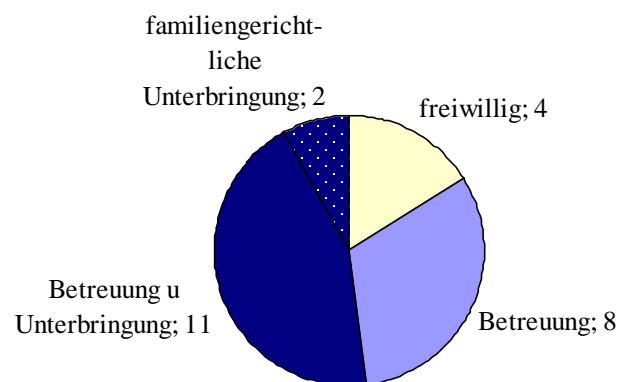


Abb. 29 Rechtsgrundlage während der Behandlung

3.2.2 Behandlungsdauer in der Psychiatrischen Klinik der LMU

Die mittlere Behandlungsdauer in der Psychiatrischen Klinik der LMU betrug $158,2 \pm 68,6$ Tage (Mittelwert \pm SD). Die kürzeste Behandlungsdauer in der Psychiatrischen Klinik der LMU hatte Patientin 20 mit 70 Tagen. Die längste Behandlungsdauer hatte Patientin 3 mit 344 Tagen (Abb. 30, Tab. 15 s. Anhang). Die Behandlungsdauer war vom Erreichen eines vorher vereinbarten Entlassungsgewichts abhängig. Dieses entsprach einem BMI von $17,0 \pm 0,5$ kg/m². Die Behandlungsdauer war also davon abhängig, wie schwer die Patientinnen bei ihrer Aufnahme waren und wie schnell sie an Gewicht zunahmen. Patientin 20 war hoch motiviert und konnte rasch zunehmen. Patientin 3 fehlten Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft, weswegen sich die Gewichtszunahme schwierig gestaltete und eine längere Behandlung nötig war.

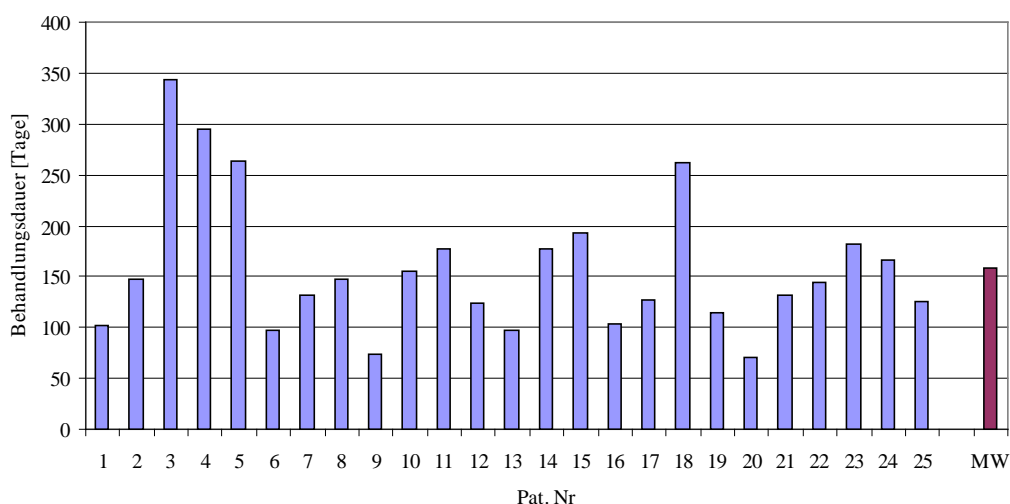


Abb. 30 Behandlungsdauer in der Psychiatrischen Klinik der LMU

3.2.3 Entwicklung des Körpergewichts während der Behandlung

Die durchschnittliche Gewichtszunahme pro sieben Behandlungstage betrug $0,64 \pm 0,33$ kg (Mittelwert \pm SD) (Abb. 31, Tab. 16 s. Anhang). Patientin 14 nahm mit durchschnittlich 0,11 kg pro sieben Behandlungstage am wenigsten und Patientin 9 mit 1,56 kg pro sieben Behandlungstage am meisten zu. Allerdings war die Gewichtszunahme während der Behandlung nicht linear. Mit Ansetzen von Sondenkost und Legen einer PEG-Sonde kam es meist zu einer raschen Gewichtszunahme. Mit der schrittweisen Reduktion der Sondenkost verlangsamte sich die Gewichtszunahme.

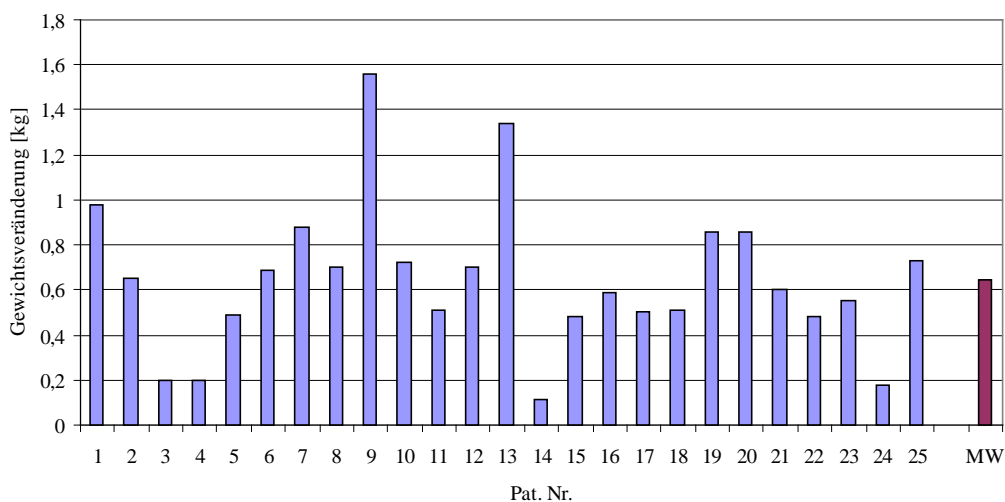


Abb. 31 Gewichtsentwicklung / 7 Behandlungstage

3.2.4 Entwicklung des Body-Mass-Index während der Behandlung

Die durchschnittliche Zunahme des BMI pro sieben Behandlungstage betrug $0,24 \pm 0,12 \text{ kg/m}^2$ (Mittelwert \pm SD) (Abb. 32, Tab. 17 s. Anhang). Patientin 14 nahm mit durchschnittlich $0,04 \text{ kg/m}^2$ pro sieben Behandlungstage am wenigsten und Patientin 9 mit $0,57 \text{ kg/m}^2$ pro sieben Behandlungstage am meisten zu. Die Zunahme des BMI während der Behandlung war nicht linear. Mit Ansetzen von Sondenkost und Legen einer PEG-Sonde kam es meist zu einer kontinuierlichen Gewichtszunahme. Mit der schrittweisen Reduktion der Sondenkost verlangsamte sich die Gewichtszunahme.

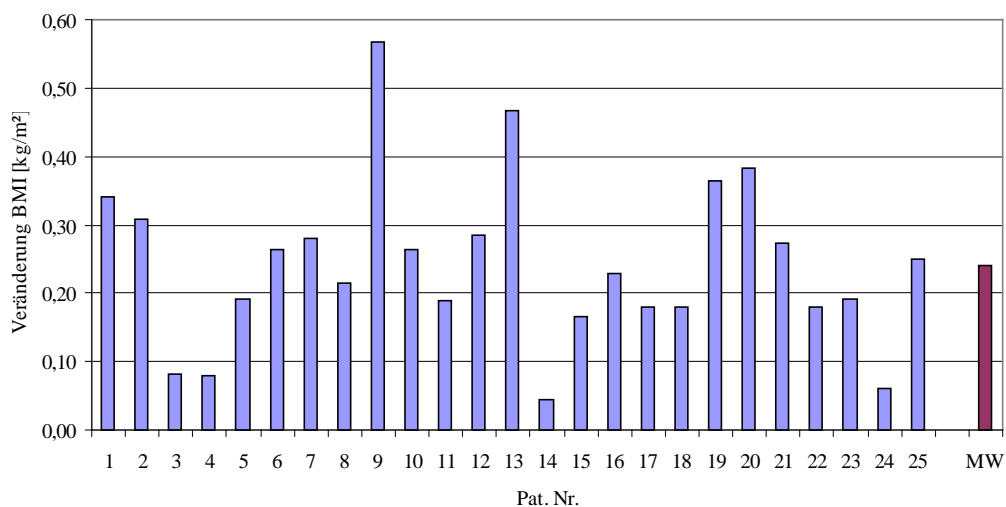


Abb. 32 Veränderung des BMI / 7 Behandlungstage

3.2.5 Ärztliche Behandlung

Neben den üblichen ärztlichen Tätigkeiten beinhaltete die ärztliche Behandlung bei allen 25 Patientinnen das Erstellen eines Therapieplans und psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche. Die Ärzte legten die medikamentöse Therapie und Sondenernährung fest und passten sie entsprechend dem Therapieerfolg an. Falls es ärztlicher Seits für die Abwendung einer vitalen Gefährdung der Patientin notwendig erachtet wurde, beantragten sie beim Vormundschaftsgericht die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung bzw. die Genehmigung einer betreuungsrechtlichen Unterbringung. Falls die Patientinnen regelmäßig nach dem Essen erbrechen, exzessiv Sport trieben oder selbstverletzendes Verhalten zeigten, ordneten die Ärzte vorübergehend die Behandlung der Patientinnen im Überwachungszimmer

an. Waren die Patienten dazu in der Lage, wurden psychotherapeutische Gespräche begonnen.

3.2.6 Pflegerische Behandlung

Neben den üblichen Aufgaben des Pflegepersonals, wie beispielsweise die Verabreichung von Medikamenten und Sondenkost unterstützte das Pflegepersonal die Patientinnen bei der Nahrungsaufnahme. Es dokumentierte die genauen Ess- und Trinkmengen sowie die Gewichtsentwicklung der Patientinnen. Um heimliches exzessives Wassertrinken oder Erbrechen zu verhindern wurden auch die Toilettengänge überwacht. Falls es den Patientinnen dennoch gelang exzessiv Wasser zu trinken, zu erbrechen oder am Sondensystem zu manipulierten, wurden sie zeitweise nach ärztlicher Anordnung im Überwachungszimmer geführt. Zu Beginn der Behandlung schlug eine Patientin beim Anstellen der Ernährungspumpe kontinuierlich mit dem Kopf gegen die Wand. Mit Genehmigung des Betreuers und des Vormundschaftsgerichtes wurde diese Patientin zum Eigenschutz während der Ernährung fixiert. Die Station und die Patientenzimmer wurden regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln, Laxantien oder Erbrochenem durchsucht.

3.2.7 Ernährung

Art der zugeführten Nahrung

Die Ernährung erfolgte mit Normalkost und Sondenkost, welche die Patientinnen tranken oder über eine Ernährungssonde verabreicht bekamen.

Zwei Patientinnen (Pat. 12, 20) konnten allein durch regelmäßige und ausreichende Einnahme von Normalkost, wie sie auch die übrigen Patienten des Klinikums erhielten, zunehmen (Abb. 33, Tab. 18)).

23 Patientinnen (nicht Pat. 12, 20) erhielten zusätzlich zur Normalkost hochkalorische Sondenkost, um die vorgegebenen Gewichtsziele zu erreichen (Abb. 33, Tab. 18).

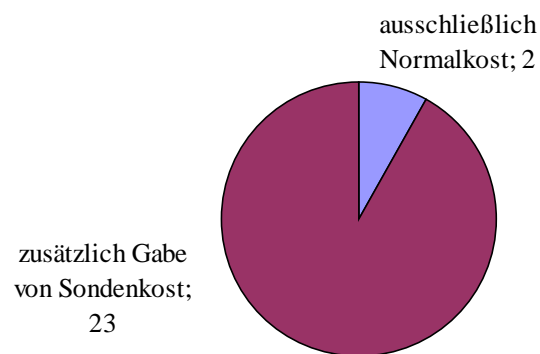


Abb. 33 Art der zugeführten Nahrung

Patient Nr.	Fresubin original fibre® [500 kcal/ 500 ml]	Fresubin energy fibre® [750 kcal/ 500 ml]	Salvimulsin MCT® [800 kcal/ 500 ml]
1	x	x	x
2			x
3	x	x	x
4	x		
5	x		x
6			x
7	x		x
8	x		x
9	x		x
10	x	x	x
11	x	x	x
12			
13	x	x	x
14		x	x
15			x
16	x	x	x
17		x	
18		x	x
19			x
20			
21	x	x	
22		x	
23		x	
24	x	x	x
25		x	

Tab. 18 Art der Sondenkost

Bei der Sondenkost handelte es sich um Fresubin original fibre[®], Fresubin energy fibre[®] und Salvimulsin MCT[®].

Eine Patientin (Pat. 4) erhielt ausschließlich Fresubin original fibre[®], vier Patientinnen (Pat. 17, 22, 23, 25) ausschließlich Fresubin energy fibre[®], und vier Patientinnen (Pat. 2, 6, 15, 19) ausschließlich Salvimulsin MCT[®] (Tab. 18).

Eine Patientin (Pat. 21) erhielt Fresubin original fibre[®] und Fresubin energy fibre[®], vier Patientinnen (Pat. 5, 7, 8, 9) erhielten Fresubin original fibre[®] und Salvimulsin MCT[®], zwei Patientinnen (Pat. 14, 18) erhielten Fresubin energy fibre[®] und Salvimulsin MCT[®] und sieben Patientinnen (Pat. 1, 3, 10, 11, 13, 16, 24) erhielten Fresubin original fibre[®], Fresubin energy fibre[®] und Salvimulsin MCT[®] (Tab. 18).

Die Gabe von Sondenkost erfolgte über 126 ± 54 Tage (Mittelwert \pm SD). Patientin 9 nahm mit 62 Tagen am kürzesten, Patientin 4 mit 259 Tagen am längsten Sondenkost zusätzlich zur Normalkost auf (Abb. 34, Tab. 19).

Die Menge der täglich zugefügten Sondenkost lag im Bereich von 250 – 3200 kcal pro Tag (Tab. 19). Durchschnittlich nahmen die 23 Patientinnen $1746,5 \pm 386,0$ kcal pro Tag (Mittelwert \pm SD; min. 1079 kcal (Pat. 21), max. 2361 kcal (Pat. 14)) in Form von Sondenkost auf (Tab. 19).

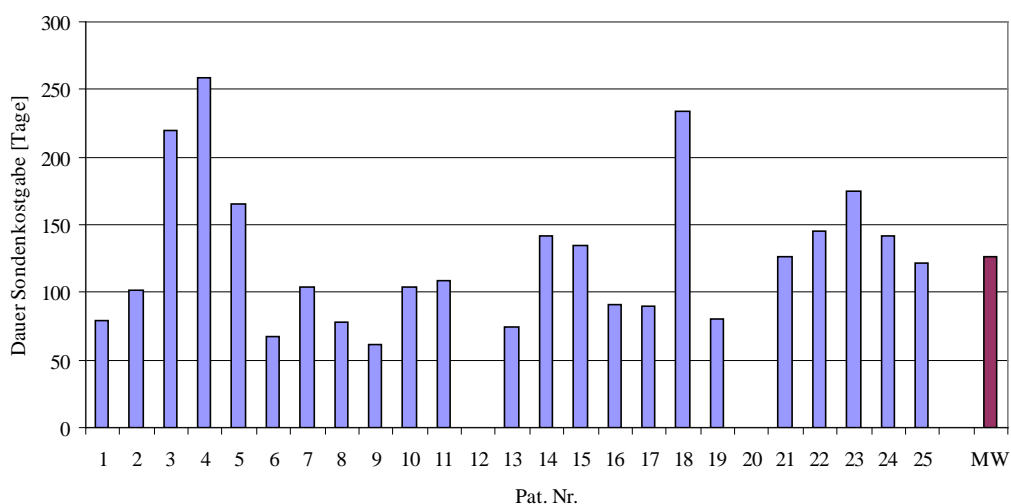


Abb. 34 Dauer der Sondenkostgabe

Die Gewichtszunahme während der Gabe von Sondenkost betrug $13,08 \pm 3,13$ kg (Mittelwert \pm SD), wobei Patientin 24 mit 7,15 kg am wenigsten und Patientin 18 mit 20,50 kg am meisten unter der Gabe von Sondenkost zunahm (Abb. 35, Tab. 19).

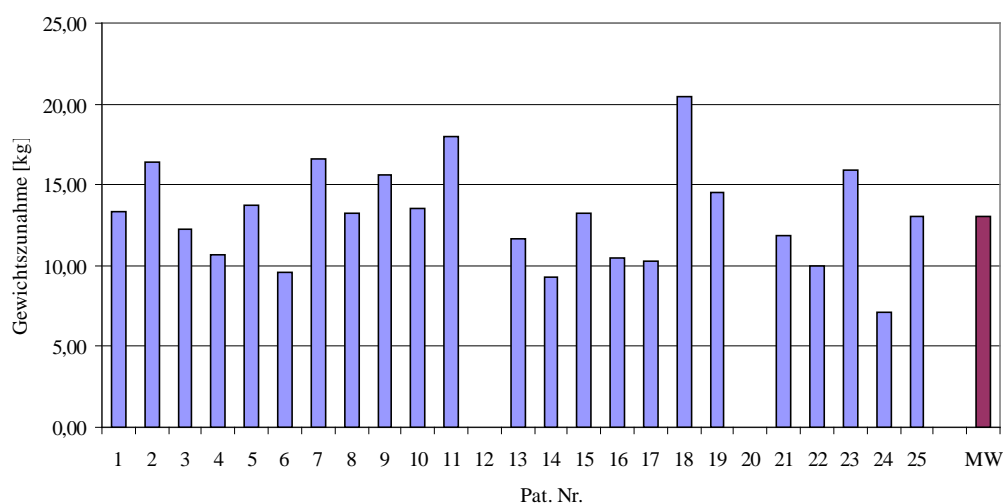


Abb. 35 Gewichtszunahme unter Sondenkostgabe

Pat. Nr.	Dauer Sondenkost-gabe [Tage]	Bereich der täglich verabreichten Menge Sondenkost [kcal]	Durchschnittlicher Kalorienwert pro Tag der Sondenkost-gabe [kcal]	Gewichtszunahme während Dauer Sondenkost-gabe [kg]	Gewichtszunahme / 7 Tage Sondenkost-gabe [kg]
1	79	500 - 3200	2082	13,30	1,18
2	102	800 - 2400	1647	16,40	1,13
3	220	250 - 3200	1644	12,25	0,39
4	259	300 - 2800	1600	10,70	0,29
5	165	300 - 3200	2014	13,75	0,58
6	67	800 - 2400	2096	9,55	1,00
7	104	500 - 2400	1546	16,65	1,12
8	78	500 - 2400	1851	13,20	1,18
9	62	500 - 2400	1787	15,60	1,76
10	104	400 - 2400	1795	13,55	0,91
11	109	500 - 2400	2163	17,95	1,15
12	/	/	/	/	/
13	74	500 - 2400	1184	11,65	1,10
14	142	800 - 3200	2362	9,30	0,46
15	135	400 - 3200	1867	13,20	0,68
16	91	500 - 2100	1114	10,50	0,81
17	90	380 - 2250	1662	10,25	0,80
18	234	800 - 3200	2312	20,50	0,61
19	80	400 - 2400	1090	14,50	1,27
20	/	/	/	/	/
21	126	400 - 1500	1079	11,90	0,66
22	145	750 - 3000	1792	9,95	0,48
23	175	380 - 2250	1620	15,95	0,64
24	142	500 - 2400	1542	7,15	0,35
25	122	750 - 3000	2320	13,05	0,75
	/	/	/	/	/
MW	126,3	/	1746,5	13,08	1,56
SD	54,1	/	386,0	3,13	0,36
min	62	250	1079	7,15	0,29
max	259	3200	2362	20,50	1,76

Tab. 19 Dauer und Menge der Sondenkostgabe, Gewichtszunahme unter Sondenkost

Änderung des Körpergewichts sieben Tage nach Absetzen der Sondennahrung

Nach Absetzen der Sondenkost und nach Entfernen der PEG-Sonde nahmen 11 der 21 Patientinnen (Pat. 2, 3, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 21, 23, 24), die mit Sondenkost ernährt worden waren ab. Sie verringerten ihr Gewicht um $1,53 \pm 1,02$ kg (Mittelwert \pm SD). Patientin 14 nahm mit einem Gewichtsverlust von 3,15 kg am meisten ab (Abb. 36, Tab. 20 s. Anhang).

Neun Patientinnen (Pat. 1, 5, 7, 9, 10, 13, 18, 19, 25) nahmen nach Absetzen der Sondenkost weitere $1,06 \pm 1,09$ kg (Mittelwert \pm SD) zu, wobei Patientin 5 mit 3,80 kg am meisten zunehmen konnte (Abb. 36, Tab. 20 s. Anhang).

Eine Patientin (Pat. 22) nahm nach Absetzen der Sondenkost weder zu noch ab (Abb. 36, Tab. 20 s. Anhang).

Insgesamt kam es bei den 21 Patientinnen, die mit Sondenkost ernährt wurden nach dem Absetzen zu einer Gewichtsreduktion von $0,35 \pm 1,63$ kg (Mittelwert \pm SD).

In den ersten sieben Tagen nach Absetzen der Sondenkost kam es im Mittel zu einer Gewichtsänderung von $-0,18 \pm 0,90$ kg (Mittelwert \pm SD). Patientin 23 nahm in den sieben Tagen mit -2,30 kg am meisten ab, Patientin 9 mit +0,90 kg am meisten zu (Abb. 36, Tab. 20 s. Anhang).

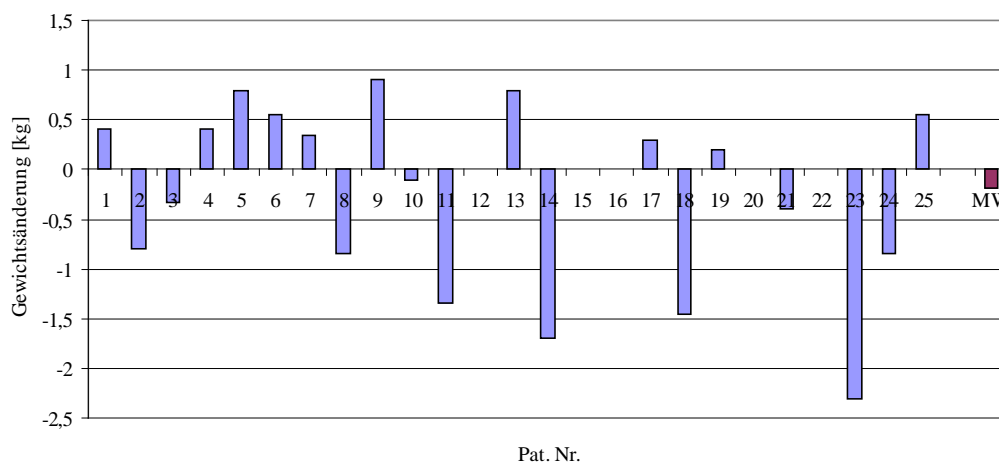


Abb. 36 Gewichtsänderung 7 Tage nach Absetzen der Sondenkost [kg]

Änderung des BMI sieben Tage nach Absetzen der Sondennahrung

In den ersten sieben Tagen nach Absetzen der Sondenkost kam es im Mittel zu einer Änderung des BMI um $-0,09 \pm 0,34$ kg/m² (Mittelwert \pm SD). Patientin 23 nahm in den sieben Tagen mit -0,80 kg/m² am meisten ab, Patientin 9 mit +0,32 kg/m² am meisten zu (Abb. 37, Tab. 21 s. Anhang).

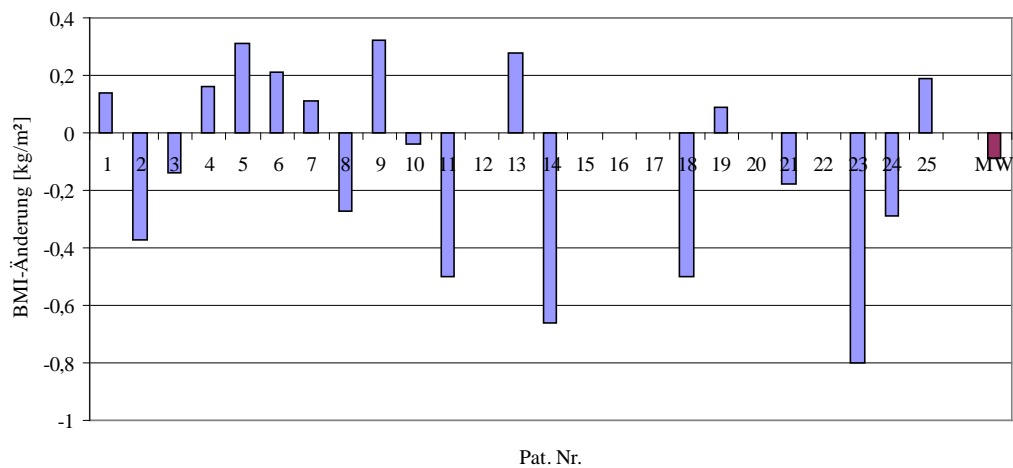


Abb. 37 BMI-Änderung 7 Tage nach Absetzen der Sondenkost

Art der Nahrungsaufnahme

Zwei Patientinnen (Pat. 12, 20) konnten ausschließlich durch selbständiges Essen von Normalkost und eine Patientin (Pat. 4) durch Essen von Normalkost und Trinken von Sondenkost zunehmen (Abb. 38, Tab. 22 u. Tab. 23 s. Anhang).

22 Patientinnen mussten zeitweise über eine Nasen- und/oder PEG-Sonde (Perkutane endoskopische Gastrostomie mit Jejunalsonde) ernährt werden (Abb. 38, Tab. 22 u. Tab. 23 s. Anhang). 6 Patientinnen (Pat. 1, 2, 3, 5, 7, 9) wurden über eine Nasensonde ernährt. Bei vier (Pat. 3, 5, 7, 9) dieser Patientinnen wurde die Nasensonde im Behandlungsverlauf durch eine PEG-Sonde ersetzt. 20 Patientinnen (Pat. 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25) wurden zeitweise über eine PEG-Sonde ernährt.

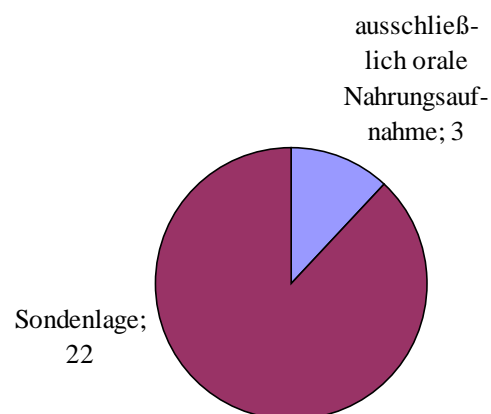


Abb. 38 Art der Nahrungsaufnahme

Im Einzelnen stellte sich die Art der Nahrungsaufnahme folgendermaßen dar:

Sechs Patientinnen (Pat. 1, 2, 3, 5, 7, 9) wurden zeitweise über eine Nasensonde ernährt. Diese lagen $9,8 \pm 8,8$ Tage (Mittelwert \pm SD), wobei die Nasensonde bei Patientin 3 mit einem Tag am kürzesten und bei Patientin 1 mit 21 Tagen am längsten lag (Abb. 39, Tab. 22 s. Anhang).

Während der Lage der Nasensonde kam es bei Patientin 1 zu Pharyngitis durch mechanische Irritation und zu behinderter Nasenatmung mit Lymphadenitis, weswegen die Sonde nach 21 Tagen entfernt werden musste. Auf das erneute Legen einer Nasensonde wurde verzichtet, da die Patientin gut motiviert war und versuchen wollte, fortan ohne Nasensonde zuzunehmen. Bei Patientin 2 war die Nasensonde nach 15 Tagen nicht mehr durchlässig. Auf das erneute Legen einer Nasensonde wurde verzichtet, da die Patientin die Sondennahrung hauptsächlich trank und bereits 4,4 kg zugenommen hatte. Patientin 7 klagte über starke Schmerzen im Bereich der Nasensonde. Mit ihrem Einverständnis wurde die Nasensonde durch eine PEG-Sonde ersetzt. Alle sechs Patientinnen manipulierten sowohl an der Nasensonde als auch an den Beuteln mit der Sondenkost und den Ernährungspumpen. Bei vier der Patientinnen (Pat. 3, 5, 7, 9) wurde die Nasensonde im Behandlungsverlauf durch eine PEG-Sonde ersetzt.

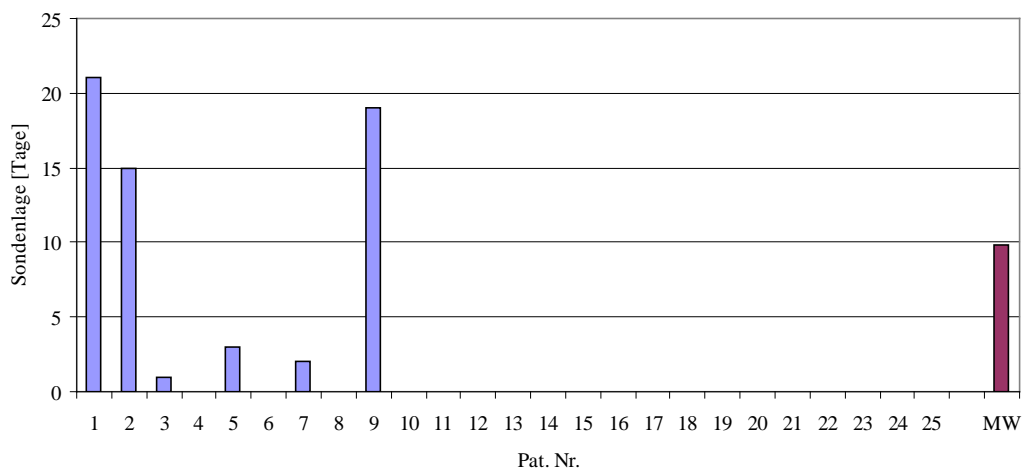


Abb. 39 Dauer der Nasensondendauer

20 Patienten (Pat. 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25) wurden zeitweise über eine PEG-Sonde ernährt (Abb. 40, Tab. 23 s. Anhang).

Die PEG-Sonden lagen durchschnittlich $138,55 \pm 62,85$ Tage (Mittelwert \pm SD) wobei die PEG-Sonde bei Patientin 9 mit 53 Tagen am kürzesten und bei Patientin 3 mit 308 Tagen am längsten lag (Abb. 40, Tab. 23 s. Anhang).

Während der Lage der PEG-Sonde kam es bei 11 Patientinnen (Pat. 3, 5, 8, 11, 14, 15, 17, 18, 22, 24, 25) zu Manipulationen an der Sondenanlage, den Beuteln mit der Sondennahrung und den Ernährungspumpen. Bei den Manipulationen handelte es sich um Versuche, Sondenkost nach außen abzuführen, indem die SONDENSYSTEME dyskonnektiert oder perforiert wurden, Versuche, die Sondenkost mit Wasser zu verdünnen und Versuche, die Ernährungspumpen abzuschalten oder die Schlauchsysteme abzuklemmen. Aus diesen Gründen mussten acht Patientinnen (Pat. 5, 8, 14, 15, 17, 18, 22, 25) zeitweise während der Verabreichung der Sondenkost im Überwachungszimmer geführt werden. Eine dieser Patientinnen (Pat. 15) zeigte zu Behandlungsbeginn selbstverletzendes Verhalten während der Gabe der Sondenkost und musste zum Eigenschutz kurzzeitig fixiert werden.

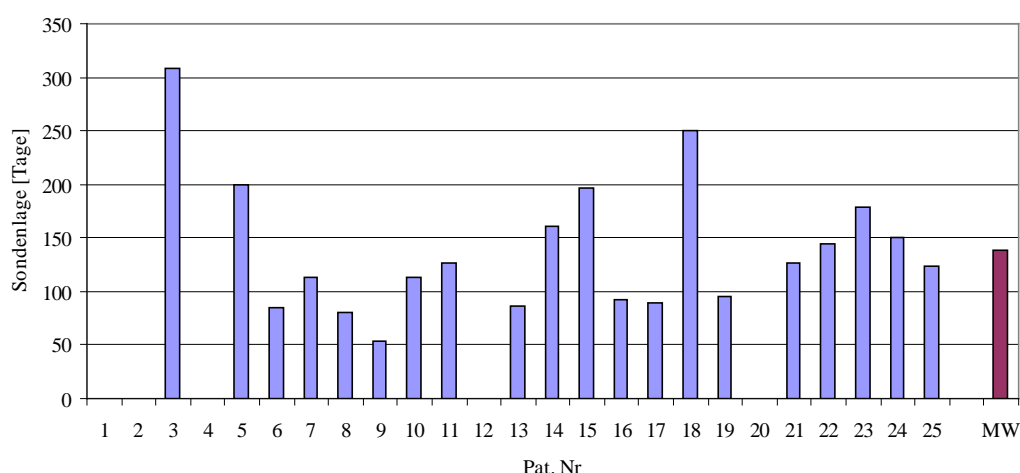


Abb. 40 Dauer der PEG-Anlage

3.2.8 Medikamentöse Behandlung

Bei 25 Patientinnen schloss die Therapie eine medikamentöse Behandlung ein.

19 der 25 Patientinnen hatten ein depressives Syndrom, das medikamentös behandelt wurde.

Dabei wurden drei Patientinnen (Pat. 6, 7, 25) mit Amitriptylin 25 – 150 mg/Tag über 31 – 45 Tage 13 Patientinnen (Pat. 9, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25) mit Mirtazapin 15 – 45 mg/Tag über 31 – 173 Tage und fünf Patientinnen (4, 12, 14, 18, 24) mit

Paroxetin 20 – 40 mg/Tag für 41 – 198 Tage behandelt. Unter der medikamentösen Therapie kam es bei allen Patientinnen zu einer Verbesserung der depressiven Symptomatik.

Eine Patientin (Pat. 5) wurde auf Grund einer bestehenden Zwangssymptomatik und eines depressiven Syndroms mit Paroxetin 20 – 60 mg/Tag über 190 Tage behandelt. Unter Gabe von Paroxetin kam es zu einer deutlichen Besserung der Zwangshandlungen und der depressiven Symptomatik.

Sechs Patientinnen (Pat. 3, 4, 7, 17, 22, 25) wurden zur Linderung innerer Angespanntheit mit Olanzapin 2,5 – 20 mg/Tag über 14 – 119 Tage behandelt.

Fünf Patientinnen (Pat. 3, 7, 10, 11, 16) wurden, um die angespannt aggressive Stimmungslage zu bessern, mit Diazepam 1 – 20 mg/Tag behandelt. Die Behandlung dauerte 15 – 93 Tage.

12 der 25 Patientinnen (Pat. 1, 3, 4, 11, 13, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23) erhielten Kaliumchlorid Brause Tabletten 20 – 120 mmol pro Tag um eine Hypokaliämie zu behandeln. Die Behandlung erfolgte bis zur Normalisierung der Kaliumwerte über einen Zeitraum von 6 – 106 Tage.

Fünf Patientinnen (Pat. 6, 7, 8, 9, 11) wurden auf Grund von Beinödemen mit Dytide® (Triamteren 50 mg + Hydrochlorthiazid 25 mg) 1 – 2 Tabletten pro Tag über 61 – 158 Tage behandelt. Im Verlauf bildeten sich die Beinödeme bei allen Patientinnen zurück.

Sieben Patientinnen (Pat. 4, 14, 15, 17, 18, 19, 23) wurden bei Eisenmangel mit Eisen(II)Sulfat 100 – 200 mg pro Tag über 21 – 168 Tage behandelt.

Acht Patientinnen (Pat. 2, 5, 8, 13, 14, 15, 17, 18) bekamen Multibionta® 24-30 Tropfen/Tag über einen Zeitraum von 8 – 168 Tagen zur Vitaminsubstitution.

Patientin 8 war lebertransplantiert. In Absprache mit den Transplantationsmediziniern wurde die immunsuppressive Therapie mit Ciclosporin 250 – 300 mg/Tag und die Therapie mit Ossofortin® forte (600 mg Calcium + 400 IE Vitamin D₃) 2 Tabletten/Tag während des gesamten Aufenthalts fortgesetzt.

3.2.9 Fakultative Zusatzuntersuchungen während der Behandlung

MRT

Bei 20 der 25 Patientinnen (Pat. 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 24) wurde ein kraniales MRT angefertigt. Bei zwei der untersuchten Patientinnen (Pat. 7, 11) wurde erstmals eine Zentrale Pontine Myelinolyse diagnostiziert (Abb. 41). Eine Wiederholung der Untersuchung im Behandlungsverlauf erbrachte keine Änderung dieses Befundes. 18 Patientinnen (Pat. 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 24) hatten einen der Altersnorm entsprechend unauffälligen Befund.

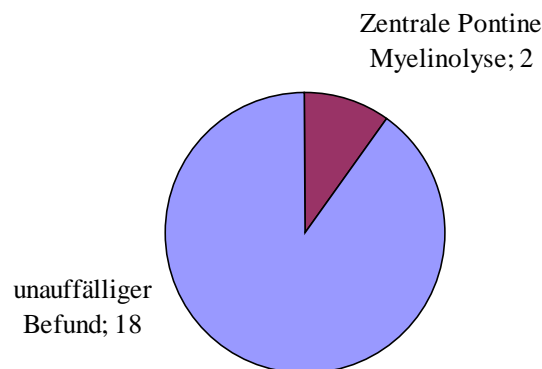


Abb. 41 MRT-Befund

Hamburg Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE-R)

Bei 23 der 25 Patientinnen (nicht bei Pat. 2, 25) wurde ein HAWIE-R durchgeführt. Bei 12 (Pat. 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 21) dieser Patientinnen wurde gegen Ende der Behandlung ein zweiter HAWIE-R durchgeführt. Nach Erhöhung des BMI um $3,95 \pm 1,21$ kg/m² (Mittelwert \pm SD; min. 2,03 kg/m², max. 5,50 kg/m²) änderte sich der Gesamt-IQ um $+10,7 \pm 7,3$ Punkte (Mittelwert \pm SD; min. -5, max. +23), der Verbalteil um $+5,8 \pm 9,9$ Punkte (Mittelwert \pm SD; min. -13, max. +25) und der Handlungsteil um $+15,2 \pm 7,4$ Punkte (Mittelwert \pm SD; min. 0, max. +27) (Abb. 42, Tab. 24).

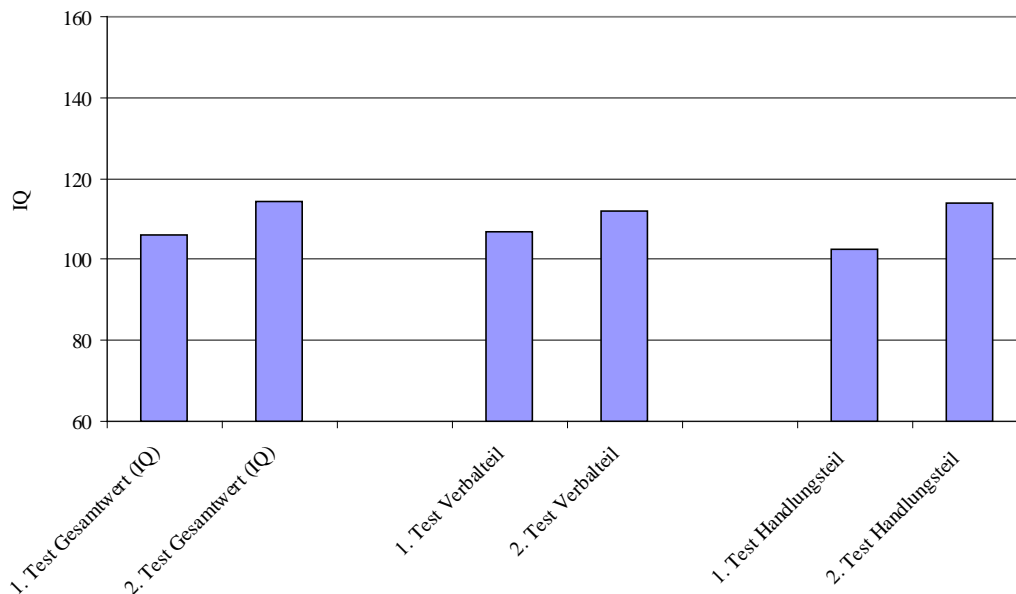


Abb. 42 Ergebnisse HAWIE-R vor und nach Gewichtszunahme

Im Einzelnen stellten sich die erreichten IQ-Werte im ersten und zweiten Test wie folgt dar:

Der durchschnittlich erreichte Wert im Gesamtteil des ersten Tests betrug $106 \pm 15,6$ Punkte (Mittelwert \pm SD; min. 77, max. 134 Punkte), im Verbalteil $106,8 \pm 14,0$ Punkte (Mittelwert \pm SD; min. 85, max. 130 Punkte) und im Handlungsteil $102,5 \pm 18,1$ Punkte (Mittelwert \pm SD; min. 65, max. 132 Punkte). Zum Zeitpunkt der Testdurchführung lag der mittlere BMI der Patientin bei $13,30 \pm 1,60$ kg/m² (Mittelwert \pm SD; min. 9,93 kg/m², max. 16,20 kg/m²) (Abb. 42, Tab. 24).

Bei 12 (Pat. 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 21) der 23 Patienten wurde gegen Ende der stationären Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU ein zweiter HAWIE-R durchgeführt (Tab. 24).

10 Patientinnen (Pat. 3, 5, 6, 8, 11, 12, 14, 15, 18, 21) erreichten im zweiten Test einen höheren Gesamt-IQ und verbesserten sich sowohl im Verbal, als auch im Handlungsteil. Eine Patientin (Pat. 11) erreichte im Gesamt-IQ und im Handlungsteil ein besseres Ergebnis, verschlechterte sich aber im Verbalteil und eine Patientin (Pat. 4) verschlechterte sich im Gesamt-IQ und Verbalteil und verbesserte sich im Handlungsteil und eine Patientin (Pat. 10) verbesserte sich im Gesamt-IQ und im Handlungsteil und verschlechterte sich leicht im Verbalteil.

Der durchschnittlich erreichte Wert im Gesamtteil des zweiten HAWIE-R betrug $114,5 \pm 16,7$ Punkte (Mittelwert \pm SD; min. 84, max. 140 Punkte), im Verbalteil $111,8 \pm 14,1$ Punkte

(Mittelwert \pm SD; min. 89, max. 142 Punkte) und im Handlungsteil $113,5 \pm 21,9$ Punkte (Mittelwert \pm SD; min. 76, max. 148 Punkte). Zum Zeitpunkt der Testdurchführung lag der mittlere BMI der Patientin bei $16,56 \pm 1,36$ kg/m² (Mittelwert \pm SD; min. 13,62 kg/m², max. 19,09 kg/m²) (Abb. 42, Tab. 24).

Nr.	1. Test Gesamtteil (IQ)	Verbalteil (IQ)	Handlungsteil (IQ)	BMI	2. Test Gesamtteil (IQ)	Verbalteil (IQ)	Handlungsteil (IQ)	BMI	Änderung Gesamtteil	Änderung Verbalteil	Änderung Handlungsteil	Änderung BMI
1	109	105	114	16,20								
2												
3	89	89	88	13,61	112	114	104	17,67	23	25	16	4,06
4	134	130	132	12,81	129	117	148	16,98	-5	-13	16	4,17
5	105	119	84	9,93	119	122	111	15,30	14	3	27	5,37
6	79	86	72	13,92	97	103	90	15,95	18	17	18	2,03
7	116	125	102	11,32								
8	77	86	65	12,34	84	89	76	17,01	7	3	11	4,67
9	90	92	86	13,94								
10	96	105	84	13,95	103	103	100	16,84	7	-2	16	2,89
11	108	102	108	11,92	119	105	126	17,42	11	3	18	5,50
12	123	125	115	15,66	135	127	138	19,09	12	2	23	3,43
13	105	102	106	13,94								
14	132	130	130	14,41	140	142	130	17,01	8	12	0	2,60
15	114	109	118	11,00	119	113	122	13,62	5	4	4	2,62
16	102	98	106	14,76								
17	100	91	109	14,63								
18	79	85	78	11,76	97	99	92	17,07	18	14	14	5,31
19	117	117	113	12,76								
20	119	120	112	13,96								
21	110	106	111	10,99	120	108	130	15,77	10	2	19	4,78
22	114	114	110	14,26								
23	121	113	127	12,49								
24	99	108	88	15,36								
25												
MW	106,0	106,8	102,5	13,30	114,5	111,8	113,9	16,64	10,7	5,8	15,2	3,95
SD	15,6	14,0	18,1	1,60	16,7	14,1	21,9	1,36	7,3	9,9	7,4	1,21
min	77	85	65	9,93	84	89	76	13,62	-5	-13	0	2,03
max	134	130	132	16,20	140	142	148	19,09	23	25	27	5,50

Tab. 24 Ergebnisse HAWIE-R

3.3 Entlassung und Weiterbehandlung

3.3.1 Rechtsgrundlage bei Entlassung

Bei 17 Patientinnen (Pat. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 18, 19, 21, 23, 25) bestand eine gesetzliche Betreuung über den Entlassungszeitpunkt aus der psychiatrischen Klinik der LMU hinaus. Dies wurde in zwei Fällen (Pat. 3, 9) damit begründet, dass die Patientinnen weiterhin krankheitsuneinsichtig und nur begrenzt behandlungsbereit waren und die Aufhebung der rechtlichen Betreuung mit der erheblichen Gefahr des Abbruchs der Weiterbehandlung und damit einer erneuten vitalen Gefährdung verbunden gewesen wäre. Die übrigen 15 Patientinnen waren mit dem Fortbestehen der rechtlichen Betreuung einverstanden.

Bei fünf Patientinnen (Pat. 13, 15, 16, 17, 20) bestand zum Zeitpunkt der Entlassung keine gesetzliche Betreuung (Abb. 43, Tab. 25 s. Anhang). Diese Patientinnen waren voll krankheitseinsichtig und therapiemotiviert, so dass nicht mit einem Therapieabbruch und einer damit verbundenen erneuten vitalen Gefährdung zu rechnen war.

Die drei minderjährigen Patientinnen (Pat. 12, 22, 24) wurden in die elterliche Fürsorge entlassen (Abb. 43, Tab. 25 s. Anhang).

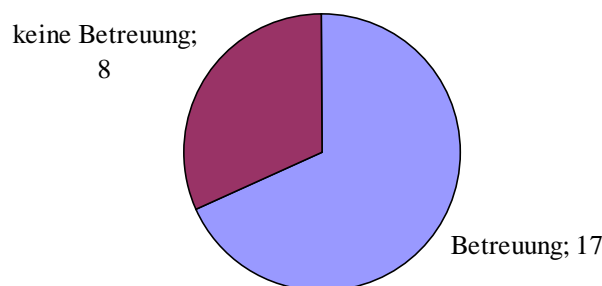


Abb. 43 Rechtsgrundlage bei Entlassung

3.3.2 Psychopathologischer Entlassungsbefund

Bei der Entlassung waren alle 25 Patientinnen allseits orientiert.

Die kognitiven Leistungen im Sinne von Konzentration, Aufmerksamkeit, Auffassung und Gedächtnis waren bei allen 25 Patientinnen unauffällig.

Das formale Denken war bei 21 Patientinnen (Pat. 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25) unauffällig. Bei fünf Patientinnen (Pat. 3, 4, 5, 10, 13) bestand eine gedankliche Einengung auf die Themen Körpergewicht und Nahrung.

Im Affekt waren 20 Patientinnen (Pat. 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 25) bei der Entlassung positiver Stimmung. Drei Patientinnen (Pat. 10, 13, 14) waren in der Stimmung gedrückt und zwei Patientinnen (Pat. 7, 20) waren ängstlich wegen ihrer Verlegung.

Vegetative Störungen in Form von Ein- oder Durchschlafstörungen sowie Erschöpfungsgefühle bestanden bei keiner der Patientinnen.

Bei keiner der Patientinnen bestanden Suizidalität oder passive Todeswünsche.

21 der 25 Patientinnen (Pat. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25) zeigten sich bei der Entlassung krankheitseinsichtig. Bei 4 Patientinnen (Pat. 3, 9, 15, 16) war die Krankheitseinsicht nur mangelhaft vorhanden.

21 der 25 Patientinnen (Pat. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25) zeigten sich bei der Entlassung behandlungseinsichtig und therapiemotiviert. Vier Patientinnen (Pat. 3, 9, 15, 16) waren nur bedingt therapiemotiviert.

3.3.3 Somatischer Entlassungsbefund

Körpergewicht bei Entlassung

Während der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU hatten alle Patientinnen deutlich zugenommen. Das Körpergewicht bei Entlassung betrug $44,78 \pm 4,83$ kg (Mittelwert \pm SD), wobei Patientin 21 mit 34,00 kg das geringste und Patientin 8 mit 52,70 kg das größte Entlassungsgewicht aufwies (Abb. 44, Tab. 26 s. Anhang).

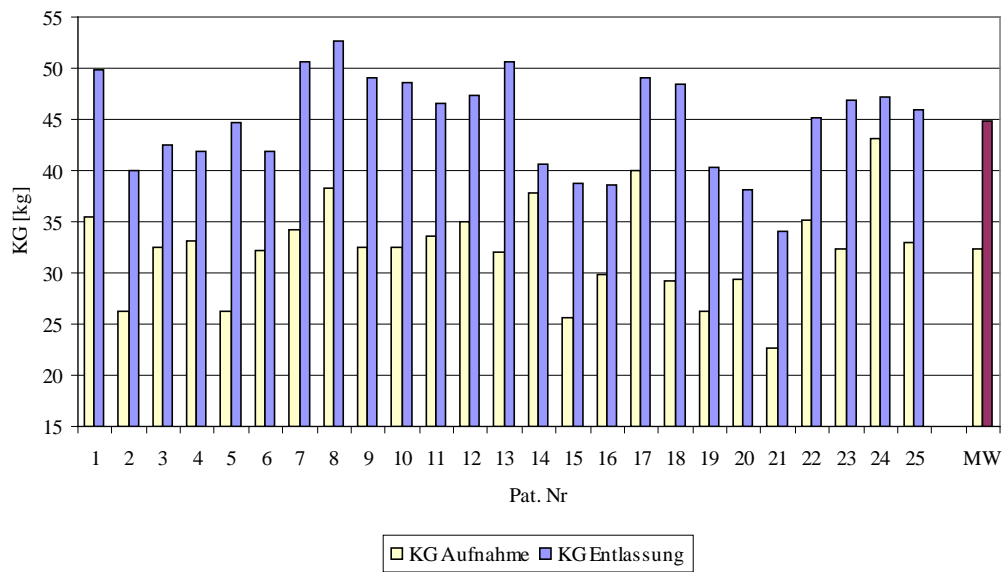


Abb. 44 Körpergewicht bei Aufnahme und Entlassung

Body-Mass-Index bei Entlassung

Der Body-Mass-Index bei Entlassung aus der Psychiatrischen Klinik der LMU betrug $16,74 \pm 1,21 \text{ kg/m}^2$ (Mittelwert \pm SD), wobei Patientin 15 mit $13,41 \text{ kg/m}^2$ den niedrigsten und Patientin 12 mit $19,23 \text{ kg/m}^2$ den höchsten Body-Mass-Index aufwiesen (Abb. 45, Tab. 27 s. Anhang).

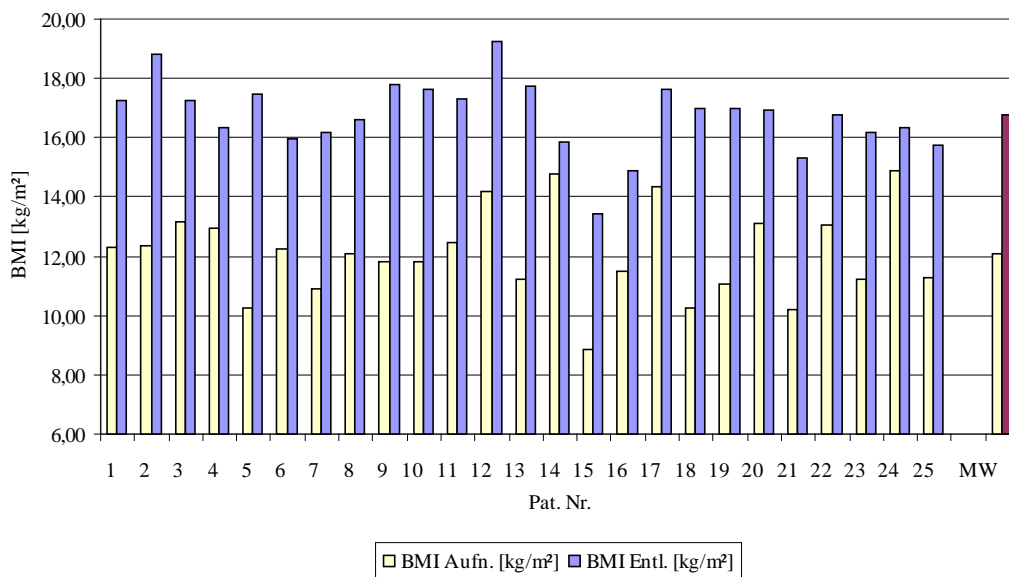


Abb. 45 BMI bei Entlassung [kg/m²]

Gewichtsteigerung [kg] bis zur Entlassung

Die Gewichtszunahme während der stationären Behandlung betrug $12,44 \text{ kg} \pm 4,17 \text{ kg}$ (Mittelwert \pm SD). Patientin 14 hatte mit 2,85 kg am wenigsten und Patientin 18 mit 19,20 kg am meisten während der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU zugenommen (Abb. 46, Tab. 28 s. Anhang).

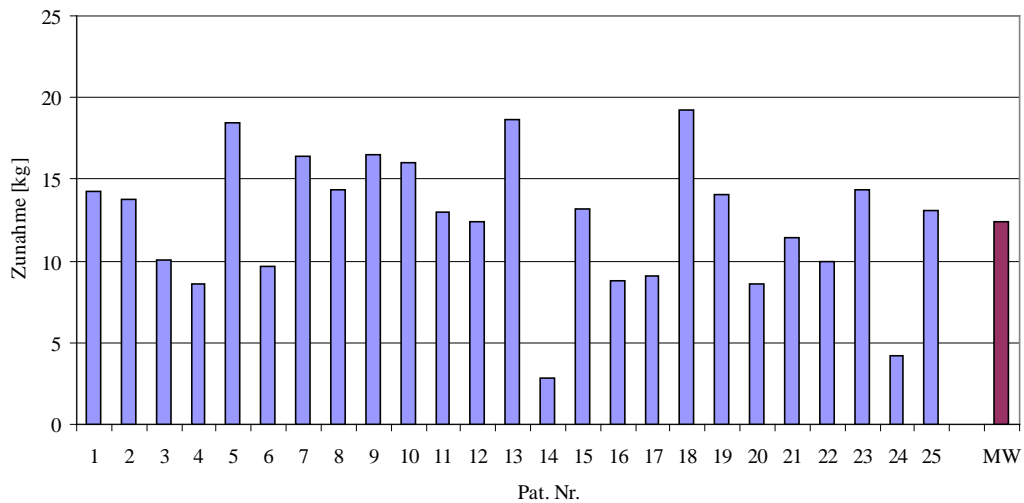


Abb. 46 Zunahme des Körpergewichts während der Behandlung

BMI-Steigerung [kg/m²] bis zur Entlassung

Die BMI-Zunahme während der stationären Behandlung betrug $4,65 \pm 1,50 \text{ kg/m}^2$ (Mittelwert \pm SD). Patientin 14 steigerte ihren BMI mit $1,11 \text{ kg/m}^2$ am wenigsten und Patientin 5 mit $7,23 \text{ kg/m}^2$ am meisten (Abb. 47, Tab. 29 s. Anhang).

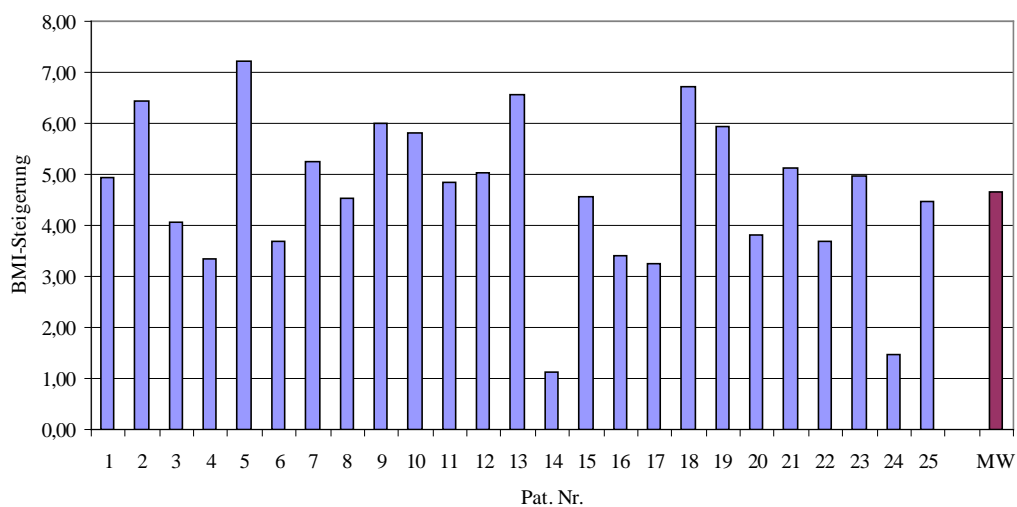


Abb. 47 BMI-Steigerung [kg/m²] während der Behandlung

Herzfrequenz bei Entlassung

Die Herzfrequenz bei Entlassung betrug 88 ± 13 Schläge/min. (Mittelwert \pm SD). Patientin 4 hatte mit 64 Schlägen/min. die langsamste und Patientin 6 mit 114 Schlägen/min. die schnellste Herzfrequenz (Abb. 48, Tab. 30 s. Anhang).

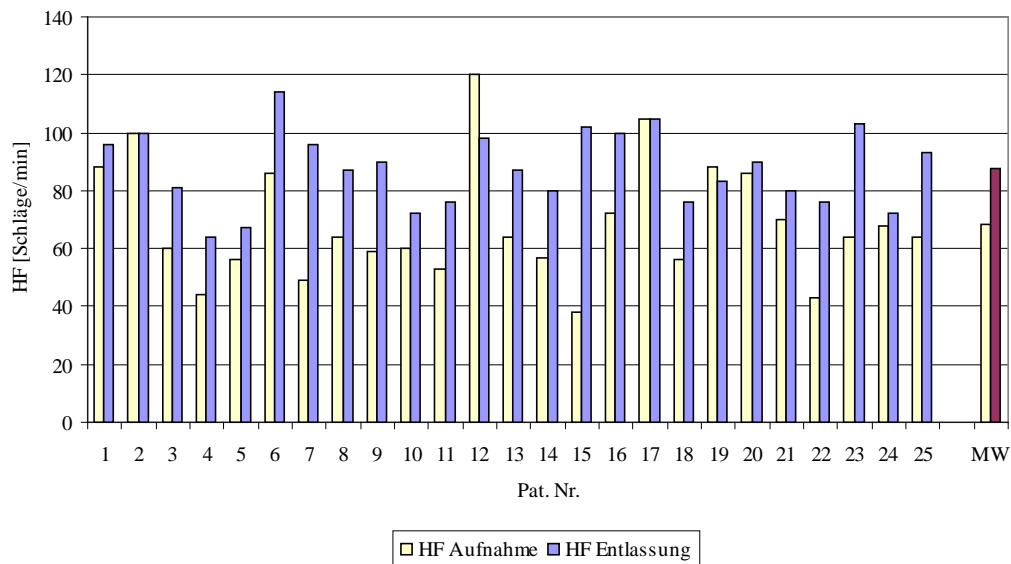


Abb. 48 Herzfrequenz bei Entlassung

Im Vergleich zur Aufnahme, bei der 9 Patientinnen (4, 5, 7, 8, 11, 14, 15, 18, 22) eine Bradykardie (< 60 Schläge/min) und 2 Patientinnen (12, 17) eine Tachykardie (> 100 Schläge/min) hatten, hatten bei der Entlassung lediglich vier Patientinnen (Pat. 6, 15, 17, 23) eine Herzfrequenz, die außerhalb der Norm ($60 - 100$ Schläge/min) lag. Bei 21 Patientinnen (Pat. 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25) lag die Herzfrequenz in einem unauffälligen Bereich (Abb. 49, Tab. 30 s. Anhang).

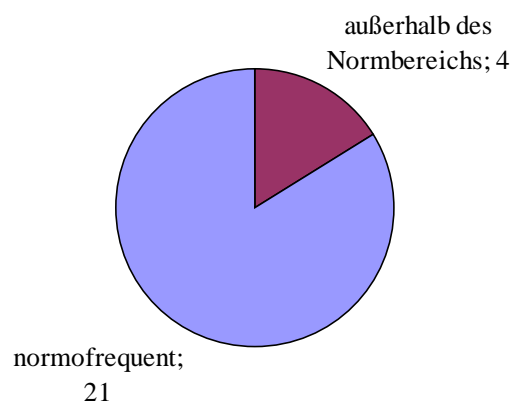


Abb. 49 Herzfrequenz bei Entlassung normofrequent/außerhalb des Normbereichs

Die vier Patientinnen (Pat. 6, 15, 17, 23) mit einer Herzfrequenz außerhalb des Normbereichs hatten eine Tachykardie mit 102 – 114 Schlägen pro Minute (Abb. 50, Tab. 30 s. Anhang).

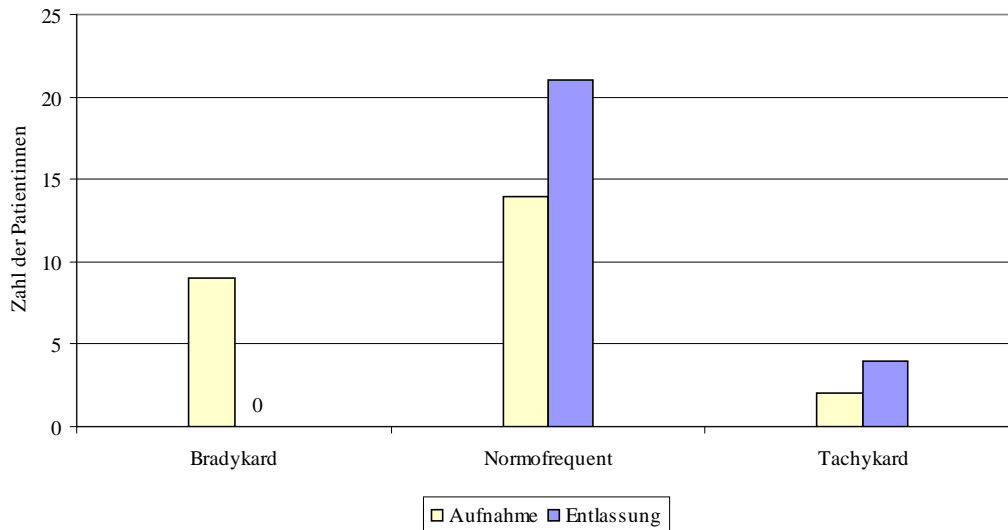


Abb. 50 Befund der Herzfrequenz bei Aufnahme

Blutdruck bei Entlassung

Bei Entlassung lag der systolische Blutdruck bei 106 ± 14 mmHg (Mittelwert \pm SD). Der niedrigste systolische Blutdruck lag bei 80 mmHg (Patientin 21) und der höchste bei 150 mmHg (Patientin 9) (Abb. 51, Tab. 31 s. Anhang).

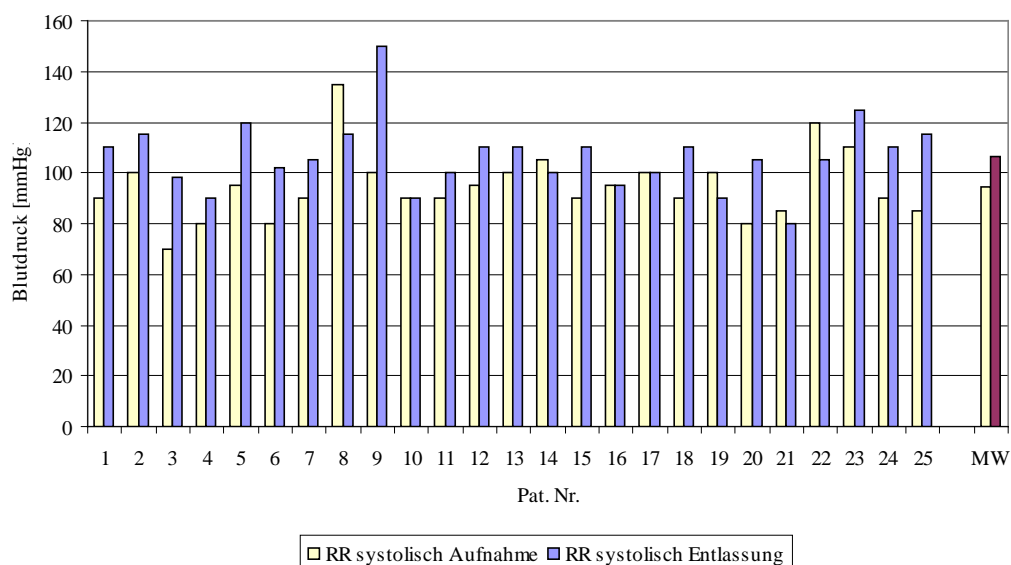


Abb. 51 Systolischer Blutdruck bei Aufnahme und Entlassung

Der diastolische Blutdruck bei Entlassung lag bei 67 ± 8 mmHg (Mittelwert \pm SD). Der niedrigste diastolische Blutdruck lag bei 50 mmHg (Patientin 4), der höchste bei 85 mmHg (Patientin 9) (Abb. 52, Tab. 31 s. Anhang).

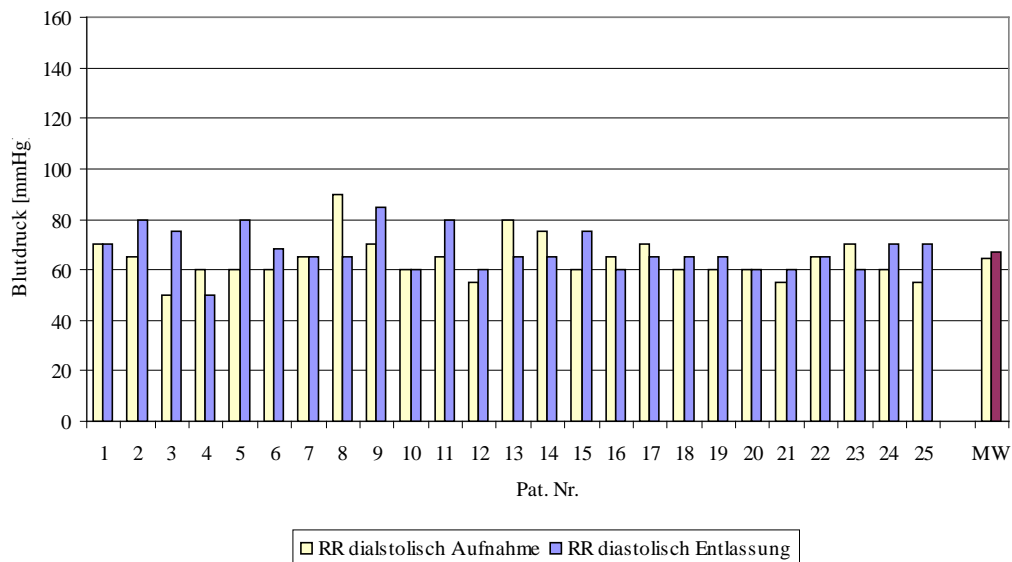


Abb. 52 Diastolischer Blutdruck bei Aufnahme und Entlassung

Im Vergleich zur Aufnahme, bei der 16 Patientinnen (Pat. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 15, 16, 18, 20, 21, 24, 25) eine Hypotonie und eine Patientin (Pat. 8) einen grenzwertig erhöhten Blutdruck hatten, hatten bei der Entlassung lediglich 7 Patientinnen (Pat. 3, 4, 9, 10, 16, 19, 21) Blutdruckwerte außerhalb des Normbereichs. 18 Patientinnen (Pat. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25) hatten normotone Blutdruckwerte (Abb. 53, Tab. 31 s. Anhang).

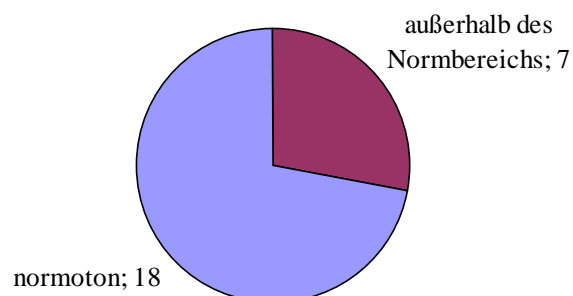


Abb. 53 Blutdruckbefund bei Entlassung

Von den sieben Patientinnen mit einem Blutdruckwert außerhalb der Norm hatten sechs (Pat. 3, 4, 10, 16, 19, 21) eine arterielle Hypotonie mit einem systolischen Blutdruck kleiner 100 mmHg (Abb. 54, Tab. 31 s. Anhang).

Eine Patientin (Pat. 9) hatte mit 150/85 mmHg einen erhöhten Blutdruck (Abb. 54, Tab. 31 s. Anhang).

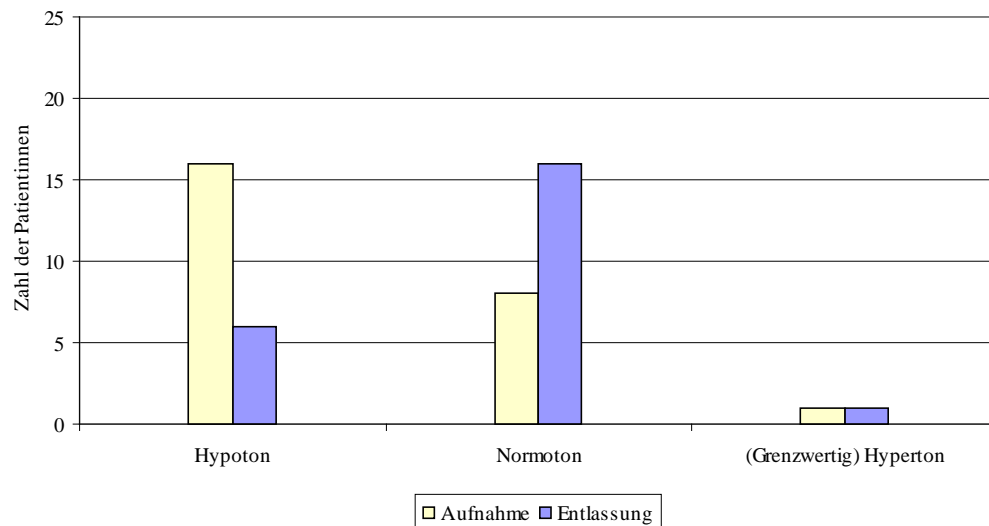


Abb. 54 Blutdruckbefund bei Entlassung

EKG bei Entlassung

Bei 15 der 25 Patientinnen (Pat. 1, 2, 3, 4, 5, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 21, 22, 23, 25) wurde vor der Entlassung ein EKG abgeleitet. Die mittlere Herzfrequenz bei Ableitung dieses EKGs betrug 70 ± 12 Schläge/min (Mittelwert \pm SD), wobei Patientin 4 und Patientin 11 mit 47 Schlägen/min. die langsamste und Patientin 2 mit 86 Schlägen/min. die schnellste Herzfrequenz hatten.

12 Patientinnen (Pat. 1, 2, 5, 7, 13, 14, 16, 20, 21, 22, 23, 25) wiesen einen normalen EKG-Befund auf. Lediglich drei Patientinnen (Pat. 3, 4, 11) hatten einen auffälligen EKG-Befund (Abb. 55). Bei der Aufnahme hatten 3 Patientinnen ein unauffälliges und 21 Patientinnen ein auffälliges EKG gehabt.

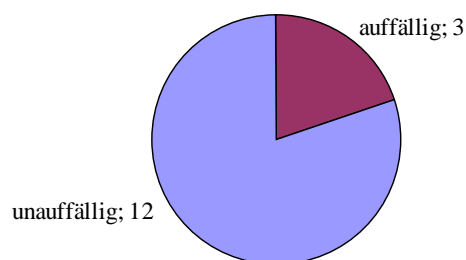


Abb. 55 auffälliger / unauffälliger EKG-Befund bei Entlassung

Drei Patientinnen (Pat. 3, 4, 11) hatten im EKG eine Sinusbradykardie, mit 47 (Pat. 4, 11) bzw. 56 (Pat. 3) Schlägen/min (Abb. 56). Bei der palpatorischen Herzfrequenzmessung, hatten diese drei Patientinnen eine normale Herzfrequenz gehabt (Abb. 48, Tab. 30 s. Anhang).

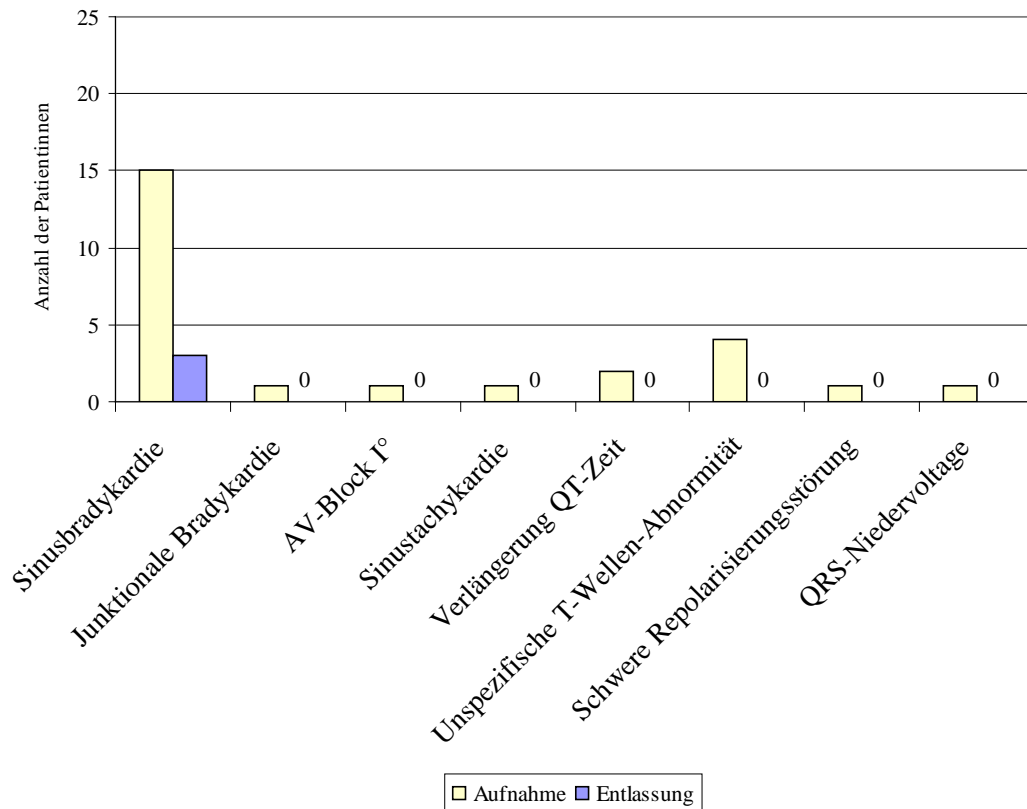


Abb. 56 EKG-Befunde bei Entlassung

EEG bei Entlassung

Bei vier der 25 Patientinnen (Pat. 2, 4, 5, 17) wurde vor der Entlassung erneut ein EEG abgeleitet. Dabei zeigte sich bei zwei Patientinnen (Pat. 2, 17) ein normales EEG vom α -Typ ohne Hinweis auf einen Herd oder gesteigerte hirnelektrische Erregbarkeit.

Bei zwei Patientinnen (Pat. 4, 5) zeigte sich ein abnormes EEG vom α -Typ mit intermittierend langsamer Aktivität. Es fand sich kein Hinweis auf einen Herd oder gesteigerte hirnelektrische Erregbarkeit. Patientin 5 hatte bereits bei der Aufnahme ein abnormes EEG gezeigt. Im Vergleich zum Aufnahmebefund war es zu keiner Änderung gekommen.

Bei den übrigen Patientinnen (Pat. 1, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25), wurde auf eine Wiederholung der Untersuchung verzichtet.

Labor bei Entlassung

Im Vergleich zur Aufnahme hatten sich die Laborwerte bis zur Entlassung deutlich gebessert. Bei der Untersuchung der Elektrolyte im Serum hatten alle 25 Patientinnen einen normalen Natriumwert. Eine Patientin (Pat. 20) hatte einen geringfügig erniedrigten Kaliumwert von 3,4 mmol/l. Kaliumchlorid 80 mmol/Tag war Bestandteil ihrer Entlassmedikation (Abb. 57, Tab. 32).

Im Blutbild lag bei fünf Patientinnen (Pat. 10, 12, 14, 23, 25) eine Leukopenie vor. Diese lag im Bereich von 2,85 – 4,08/nl. Patientin 14 wies mit 2,85/nl den geringsten Wert auf (Abb. 57, Tab. 32). Bei Patientin 25 war die Leukopenie im Rahmen der Therapie mit Amitriptylin aufgetreten.

Bei sieben Patientinnen (Pat. 6, 7, 8, 9, 11, 15, 19) bestand eine Anämie (Abb. 57, Tab. 32). Die niedrigste Erythrozytenkonzentration mit 3,54/pl wurde bei Patientin 8 gemessen. Patientin 7 hatte die niedrigste Hämoglobinkonzentration (9,8 g/dl) und den niedrigsten Hämatokritwert (29,9 %). Bei Patientin 15 und 19 war Eisen(II)Sulfat 100 – 200 mg pro Tag Bestandteil der Entlassmedikation.

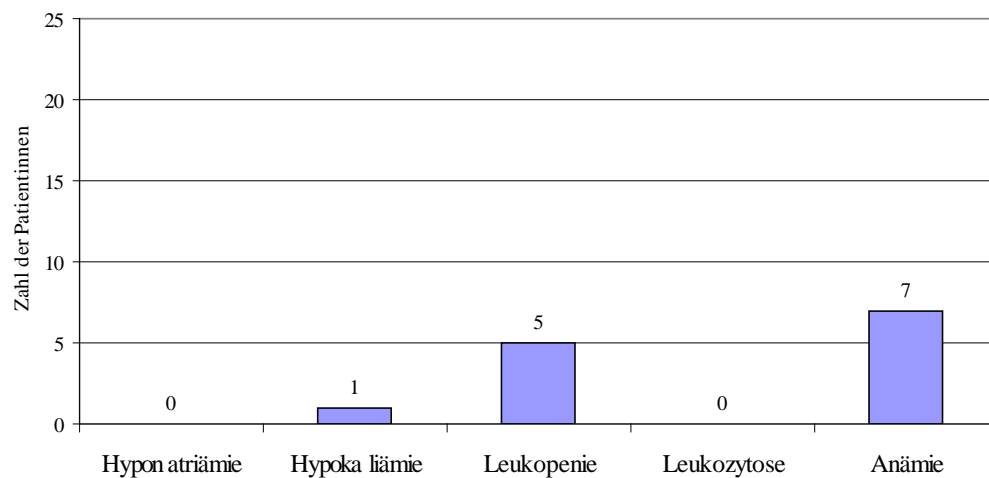


Abb 57 Pathologische Laborwerte bei Entlassung

	Natrium Entlassung [mmol/l]	Kalium Entlassung [mmol/l]	Leukozyten Entlassung [μ l]	Erythrozyten Entlassung [pl]	Hämoglobin Entlassung [g/dl]	Hämatokrit Entlassung [%]
Referenz- bereich	135 - 148	3,5 - 5,1	4,3 - 10,0	4,2 - 5,4	12,0 - 16,0	35,0 - 47,0
Patient Nr.						
1	144	3,5	7,17	4,34	14,4	41,4
2	136	4,0	4,47	4,63	12,8	37,6
3	139	4,5	6,47	4,66	15,1	43,4
4	140	4,2	6,72	4,43	13,9	40,8
5	143	4,7	4,31	4,58	12,2	36,5
6	144	4,0	6,85	4,68	10,9	33,7
7	138	4,4	5,70	3,84	9,8	29,9
8	142	4,5	5,29	3,54	10,3	30,1
9	143	4,3	8,21	3,76	12,3	36,4
10	140	4,4	3,18	4,38	12,7	37,4
11	138	4,4	8,86	4,00	13,1	38,0
12	138	4,1	3,89	4,33	13,4	39,1
13	143	3,8	4,34	4,37	12,7	38,7
14	136	4,3	2,85	4,34	12,5	37,5
15	139	4,1	4,85	4,12	13,6	39,2
16	135	4,2	5,75	4,20	12,5	35,8
17	146	4,9	4,84	4,40	12,7	38,1
18	142	4,2	5,85	4,28	14,8	41,6
19	143	4,2	6,43	4,19	13,0	39,2
20	137	3,4	7,42	4,88	15,4	46,1
21	142	3,8	4,41	4,20	12,9	39,5
22	145	4,1	5,44	4,55	13,7	40,9
23	135	3,5	3,31	4,43	12,4	38,1
24	145	3,7	4,40	4,50	13,6	38,9
25	145	3,9	4,08	4,34	13,5	40,1
Mittelwert	140,72	4,1	5,40	4,32	13,00	38,3
SD	3,43	0,37	1,57	0,30	1,32	3,55
min.	135	3,4	2,85	3,54	9,8	29,9
max.	146	4,9	8,86	4,88	15,4	46,1

Tab. 32 Laborwerte bei Entlassung

3.3.4 Entlassungsmedikation

Die Entlassmedikation bestand bei 10 Patientinnen (Pat. 9, 10, 11, 13, 16, 17, 22, 23, 24, 25) aus Mirtazapin 15 - 45 mg/Tag. Vier Patientinnen (4, 5, 12, 24) wurden mit Paroxetin 30 -50 mg/Tag entlassen und eine Patientin (Pat. 6) mit Amitriptylin 100 mg/Tag.

Olanzapin 10 – 20 mg/Tag war bei 2 Patientinnen (Pat. 22, 25) Bestandteil der Entlassmedikation.

2 Patientinnen (Pat. 13, 20) sollten weiterhin Kaliumchlorid 40 – 80 mmol/Tag einnehmen.

Die Dauertherapie von Patientin 2 mit Klimonormdragees[®] und von Patientin 8 mit Ciclosporin 250 mg und Ossofortin[®] forte 2 Tabletten pro Tag sollte bestehen bleiben.

3.3.5 Weiterbehandlung

Alle Patientinnen nahmen nach ihrer Entlassung an einer Weiterbehandlung teil. Die stationäre Weiterbehandlung erfolgte bei 15 Patientinnen in einer Psychosomatischen Klinik (Patientin 3, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 17 – 21, 23 – 25), bei einer Patientin (Patientin 16) in einem Bezirkskrankenhaus und bei einer Patientin in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie (Patientin 22) (Abb. 58, Tab. 33 s. Anhang).

Fünf Patientinnen entschlossen sich zu einer Weiterbehandlung in einer Therapeutischen Wohngemeinschaft (Patientin 1, 2, 4, 5, 13). Drei Patientinnen (Pat. 6, 9, 15) entschlossen sich für eine ambulante Weiterbehandlung (Abb. 58, Tab. 33 s. Anhang).

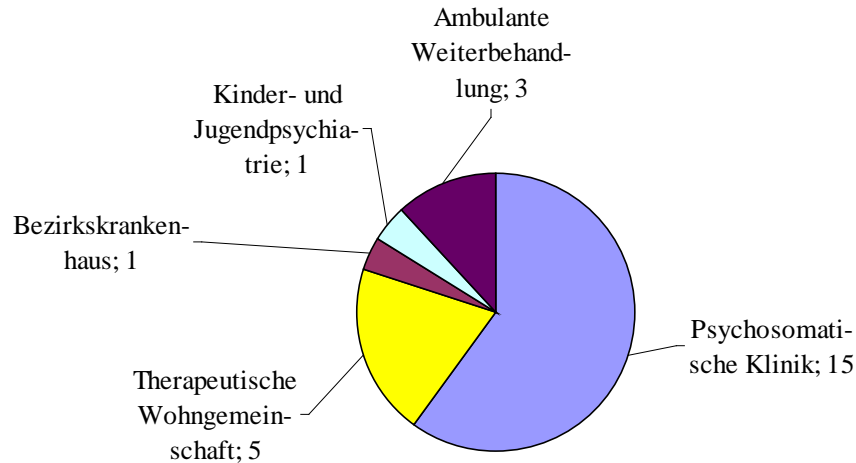


Abb. 58 Weiterbehandlung der Patientinnen

4 Diskussion

Ziel dieser Arbeit ist es zu klären, ob und in wie weit es unter Nutzung des Betreuungsrechts möglich ist, therapieunwillige schwerst kranke Anorexia nervosa Patienten unter geschlossenenpsychiatrischen Bedingung längerfristig zu behandeln, so dass sie nach ausreichender Gewichtszunahme willens und in der Lage sind, in einer spezialisierten Einrichtung für Essstörungen weiter behandelt zu werden.

Wie in den Ergebnissen dargestellt, gelang es bei 25 Patientinnen, die im Rahmen dieses Therapieansatzes behandelt wurden, eine deutliche Gewichtszunahme zu erzielen. Die Patientinnen wurden mit einem mittleren BMI von 12,09 kg/m² aufgenommen und die meisten wurden, da sie schwerst krank waren, teilweise sogar intensivpflichtig und einer freiwilligen Behandlung nicht zugänglich waren, durch das Vormundschaftsgericht unter Betreuung gestellt, in 11 Fällen sogar untergebracht, um sie der notwendigen Behandlung zuzuführen. Nach einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 158 Tagen wurden sie mit einem mittleren BMI von 16,74 kg/m² in eine großteils selbst gewählte Weiterbehandlung entlassen. In diesem Sinne ist die hier vorgestellte Behandlung von schwerst kranken und therapieunwilligen Anorexia nervosa Patienten unter Nutzung der Möglichkeiten des Betreuungsrechts hoch erfolgreich. Dennoch muss gesagt werden, dass der im Rahmen dieser Arbeit vorgestellte Therapieansatz nicht ohne Probleme ist. Die Schwierigkeiten bei der Behandlung schwerst anorexiestrukturierter und behandlungsunwilliger Patienten sind teils gravierend. Allerdings ist zu bedenken, dass es ohne diese mehrmonatige Behandlung unter Nutzung des Betreuungsrechts bei einem Großteil der hier vorgestellten schwerst kranken und behandlungsunwilligen Patientinnen mit hoher Wahrscheinlichkeit erneut zu akut vital bedrohlichen Zuständen gekommen wäre und dass die geschlossen-stationäre Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU nicht als Alternative zu einer anderen Behandlung zu sehen ist, sondern die Alternative zu einer Nicht-Behandlung dieser therapieunwilligen Patientinnen darstellt, die in diesen vital bedrohlichen Zuständen möglicherweise schwere irreversible Organschäden davon tragen oder sogar sterben.

Im Folgenden werden einzelne Befunde und Aspekte der Behandlung der hier vorgestellten Patientinnen ähnlich wie sie einleitend in der Fragestellung formuliert sind diskutiert.

4.1 Diagnostische Einordnung der Patientinnen

Alle im Rahmen dieser Arbeit vorgestellten Patientinnen erfüllten die Diagnosekriterien einer Anorexia nervosa sowohl nach ICD-10 (6) als auch nach DSM-IV (3). Wie einleitend erwähnt, geben beide Klassifikationen Kriterien vor, nach denen die Diagnosestellung einer Anorexia nervosa erfolgt, wobei in beiden Klassifikationen keine weitere Einteilung nach Schweregraden erfolgt. Die „Konsensusgruppe zu Prävention, Clearing, Therapie und Nachsorge von PatientInnen mit Essstörungen in Bayern“ (46) schlug einer weiterführenden Einteilung in Abhängigkeit vom Schweregrad des Krankheitsverlaufs und der Komorbidität vor und führte vier Untergruppen, jeweils mit einer Empfehlung für die Therapie und die Nachsorge der Patienten ein. Die im Rahmen dieser Arbeit vorgestellten Patientinnen entsprachen alle in einem oder mehreren Kriterien der Gruppe 4 der Konsensuskonferenz: Anorexia nervosa Patienten mit vital gefährdendem schwerstem Krankheitsverlauf. Entsprechend der Kriterien für diese Gruppe mussten 13 der 25 hier vorgestellten Patientinnen teils mehrfach und in kurzen Abständen intensivmedizinisch behandelt werden. 12 der Patientinnen hatten einen BMI $<12 \text{ kg/m}^2$. 23 Patientinnen hatten pathologische Laborwerte. 21 Patientinnen hatten pathologische EKG-Befunde. Drei Patientinnen hatten in der Vergangenheit Suizidversuche begangen, zwei Patientinnen hatten bei der Aufnahme Todeswünsche und zwei Patientinnen hatten sich selbst verletzt, da sie mit einer Gewichtszunahme nicht zurechtgekommen waren.

Allein die Schwere des Krankheitsverlaufes und der Komorbidität sind allerdings keine ausreichende Beschreibung der hier vorgestellten Patientinnen. Auch Patientinnen, die nach der Einteilung der Konsensusgruppe unter einem „vital gefährdenden schwersten Krankheitsverlauf“ leiden, können, wenn sie therapiewillig sind, erfolgreich unter offenen Bedingungen behandelt werden. Die große Schwierigkeit bei den in dieser Arbeit vorgestellten Patientinnen lag darin, dass sie nicht therapiewillig waren. Von den 25 hier vorgestellten Patientinnen verweigerten vier einer Behandlung komplett und wurden mit beantragter Unterbringung oder auf Grundlage eines Unterbringungsbescheides aufgenommen, 15 Patientinnen verlangten nach freiwilliger Aufnahme den Abbruch der Therapiemaßnahmen und die sofortige Entlassung. Acht Patientinnen konnten nur mit Mühe durch ihren Betreuer und die behandelnden Ärzte zu einer Einwilligung in die Therapie bewegt werden. Bei 11 Patienten wurde die betreuungsrechtliche, bei zwei die familienrechtliche Unterbringung nötig. Die vier Patientinnen, die zwar unter juristisch

freiwilligen Bedingungen einer Behandlung zustimmten, willigten erst in die Behandlung ein, nachdem sie in langen Gesprächen mit den Ärzten darüber informiert wurden, dass auf Grund ihres schwer kranken Zustandes bei einer Therapieverweigerung beim Vormundschaftsgericht ein Antrag auf rechtliche Betreuung bzw. familienrechtliche Unterbringung gestellt werden müsse.

Die Anorexie Patienten, die in im Rahmen dieses Therapieansatzes behandelt wurden, zeichnen sich durch eine äußerst schweren, vital gefährdenden Krankheitsverlauf in Kombination mit einem sehr hohen Maß an Therapieunwilligkeit aus und sind unter freiwilligen Bedingungen kaum zu behandeln. Daher ist aus unserer Sicht nicht nur eine Einteilung in Schweregrade sinnvoll und notwendig, sondern auch eine weitere Untergliederung in therapiebereite und therapieunwillige Patienten, da sich letztere Gruppe auf Grund ihrer Krankheitsuneinsichtigkeit und der daraus resultierenden Therapieunwilligkeit dem breiten Therapieangebot entzieht und es zu schwersten Krankheitsverläufen mit schweren, potentiell letalen Krankheitsfolgen kommen kann, müssten sie in eine eigene Subgruppe eingeteilt werden: schwerst kranke, krankheitsuneinsichtige und behandlungsunwillige Anorexia nervosa Patienten.

Aufgrund der hohen Sterblichkeit bei Anorexia nervosa (bis über 20 % (36, 54, 64)) wurde im Rahmen der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU nicht der natürliche Krankheitsverlauf abgewartet sondern mit Hilfe des Betreuungsrechts eine Möglichkeit gesucht, die Gruppe der schwerst kranken und behandlungsunwilligen Patienten zur Not auch gegen ihren Willen unter geschlossen-stationären Bedingungen und unter Anwendung von Zwangsmaßnahmen längerfristig zu behandeln und dadurch das Risiko an schweren Folgen der Anorexie zu erkranken oder gar zu versterben zu minimieren und die Krankheitseinsicht, Therapiebereitschaft und Psychotherapiefähigkeit der Patientinnen wieder herzustellen. Selbstverständlich ist eine solche Behandlung nur unter strikter Einhaltung der rechtlichen Gegebenheiten möglich, wie es im folgenden Kapitel diskutiert wird.

4.2 Die Rechtsgrundlage der Behandlung

Wie in den Ergebnissen dargestellt, bestand für 19 Patientinnen während der Behandlung eine rechtliche Betreuung. Von diesen Patientinnen mussten 11 zeitweise betreuungsrechtlich untergebracht werden. Zwei Patientinnen wurden familiengerichtlich untergebracht, bei vier Patientinnen erfolgte die Behandlung auf freiwilliger Rechtsgrundlage.

4.2.1 Anwendung des Betreuungsrechts

Für die Anwendung des Betreuungsrechts ist die Erfüllung von drei Kriterien nötig:

1. die zu betreuende Person muss volljährig sein
2. die zu betreuende Person muss an einer psychischen Erkrankung leiden
3. bei der zu betreuenden Person muss die Fähigkeit, die eigenen Angelegenheiten zu besorgen krankheitsbedingt stark eingeschränkt oder aufgehoben sein

Zu 1.: Das Kriterium der Volljährigkeit wurde von 22 der 25 hier vorgestellten Patientinnen erfüllt. Auf die drei minderjährigen Patientinnen wird in Kapitel 4.2.4 eingegangen.

Zu 2.: Alle Patientinnen waren an einer Anorexia nervosa entsprechend den Diagnosekriterien nach ICD-10 und DSM-IV erkrankt und litten dementsprechend an einer psychischen Erkrankung im Sinne des Betreuungsrechts.

Zu 3.: Können schwerst kranke und behandlungsunwillige Anorexia nervosa Patientinnen ihre „eigenen Angelegenheiten“ besorgen? Während die Erfüllung des ersten und zweiten Kriteriums leicht festzustellen ist, gibt es keine festen Leitlinien oder messbaren Werte, die angeben, ab wann ein Patient seine „eigenen Angelegenheiten“ nicht mehr besorgen kann. Unserer Auffassung nach ist dies dann der Fall, wenn die Patienten auf Grund ihres krankhaft gestörten Essverhaltens immer weiter abnehmen und trotz lebensbedrohlichen Untergewichts, teilweise sogar Intensivpflicht, krankheitsbedingt eine Behandlung verweigern.

Wie in der Literatur beschrieben (41, 53, 79) wollten auch 21 (84 %) der hier vorgestellten Patientinnen gar keine Behandlung oder die Behandlung vorzeitig abbrechen. Die Therapieverweigerung ist ein charakteristisches Merkmal für die hier vorgestellte Patientengruppe. Da die Patientinnen nachweislich schwer krank waren und 12 von ihnen teilweise mehrfach auf Intensivstationen behandelt werden mussten, kann nur die nicht vorhandene Einsicht in die eigene Krankheit für die daraus resultierende Behandlungsuneinsichtigkeit und –unwilligkeit verantwortlich gemacht werden. Da die Ursachen für die Therapieverweigerung in der psychischen Krankheit begründet sind und die Patientinnen in einem hohen Maß ihre Gesundheit, teilweise sogar ihr Leben in Gefahr bringen, können diese Patientinnen ihre eigenen Angelegenheiten nicht mehr selbst besorgen.

Für diese Gruppe der schwerst kranken und behandlungsunwilligen Anorexia nervosa Patientinnen mit vital gefährdendem Krankheitsverlauf ist das Betreuungsrecht anwendbar und die Anwendung angebracht. Auch, wie an Hand des folgenden Beispiels gezeigt wird, nachdem bei einer Patientin eine akute vitale Bedrohung beendet worden ist, die Patientin aber weiterhin schwerst anorexikrank jedoch krankheitsuneinsichtig und therapieunwillig ist. Es geht um den Fall einer schwer an Anorexia nervosa erkrankten Patientin, der 2004 im Revisionsverfahren vor dem Bayerischen Oberlandesgericht München verhandelt wurde (62). Die Patientin wurde 1992 mit einem BMI von 12,22 kg/m² in eine Medizinische Klinik aufgenommen, nahm dort weiter an Gewicht ab und war nicht bereit, sich behandeln zu lassen. Auf Anraten des Internisten und eines konsiliar-ärztlich hinzugezogenen Nervenarztes wurde daraufhin vom Gericht eine Betreuung eingerichtet und die parenterale Ernährung genehmigt. Nach etwa dreiwöchiger Behandlung, die teilweise auf der Intensivstation erfolgte und in der auch eine Zwangsernährung stattfand, nahm die Patientin so viel an Gewicht zu, dass sie ihrem Wunsch entsprechend aus der stationären Behandlung entlassen und die Betreuung aufgehoben wurde. Nach weniger als einer Woche wurde die Patientin erneut im selben Krankenhaus mit einem BMI von 11,83 kg/m² aufgenommen und nahm in den folgenden Tagen auf einen BMI von 11,30 kg/m² ab. Von diesem Zeitpunkt an weigerte sie sich, sich wiegen zu lassen und „stöpselte die verabreichten Infusionen ab“. Ohne erneut eine Betreuung oder Genehmigung zur parenteralen Ernährung zu beantragen, lag die Patientin auf der Station und ihre Verlegung in eine psychosomatische Klinik wurde geplant. Eine Ernährung und Behandlung gegen den Willen der Patientin erfolgte nicht. Nach etwa einwöchigem Aufenthalt in der Klinik wurde die Patientin komatös mit einem hypoxischen Hirnschaden aufgefunden und ist seither pflegebedürftig. Wegen der in dieser Woche als unzureichend angesehenen Behandlung wurde der behandelnde Arzt zu 200.000 Euro Schmerzensgeld und zur Ersatzpflicht künftiger materieller Schäden verurteilt. Das Gericht sah es als erwiesen an, dass die Behandlung grob fehlerhaft erfolgt sei. So habe allein das erhebliche Mindergewicht entsprechend einem BMI <13 kg/m² eine absolute Lebensgefahr dargestellt und sei ein klarer Indikator für vollstationäre Maßnahmen, die notfalls auch vormundschaftsgerichtlich sichergestellt werden müssten.

Dies ist ein gutes Beispiel dafür, dass schwerst kranke und behandlungsunwillige Anorexia nervosa Patienten nach Abwendung einer akuten Lebensgefahr oft erneut abnehmen und erneut mit einem vital bedrohlichen Zustand in eine Klinik eingeliefert werden. Genau dies

soll mit dem hier vorgestellten Therapiekonzept verhindert werden. Statt das erneute Auftreten einer akuten vitalen Bedrohung abzuwarten und den Tod oder schwerste gesundheitliche Folgen in Kauf zu nehmen, muss bei solchen Patienten, wenn sie die Therapie verweigern und offensichtlich ihre eigenen Angelegenheiten nicht mehr besorgen können, mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts eine längerfristige Behandlung mit dem Ziel einer Gewichtszunahme und der damit verbundenen Ausbildung eines realistischen Krankheitsverständnisses, Therapiebereitschaft und Psychotherapiefähigkeit angestrebt werden.

Das Betreuungsrecht dient dem Schutz der Patienten. Es soll sicherstellen, dass Betroffene, die auf Grund einer Krankheit nicht mehr für sich selbst sorgen können, nicht sich selbst überlassen werden und dadurch Schaden nehmen. Patienten mit einer schweren vital gefährdenden Anorexia nervosa sind durch das ausgeprägte Untergewicht nicht nur akut bedroht, sondern können durch dieses auch langfristig erhebliche Gesundheitsschäden erleiden. Komplikationen der schweren Anorexia nervosa sind Bradykardie, Arrhythmien, Hirnatrophie, Osteoporose, Anämie sowie Amenorrhoe. Vital bedroht sind die Patienten insbesondere durch die akuten Komplikationen wie Herzstillstand und unterschiedliche kardiale Arrhythmien sowie Zentrale Pontine Myelinolysen, welche in erster Linie durch Dehydratation, Elektrolytentgleisungen und zu schnellem Elektrolytausgleich entstehen. Ein Herzstillstand nach Arrhythmie ist eine der häufigsten Todesursachen bei Anorexia nervosa. Durch rechtzeitige Behandlung der Patienten können diese Folgeerkrankungen weitestgehend vermieden werden. Da diesen sowohl psychisch wie auch körperlich schwerst kranken Patienten krankheitsbedingt oft die Kompetenz, eine Therapie abzulehnen fehlt (73) und sie nicht in der Lage sind, ihre eigenen Interessen wahrzunehmen, darf man ihnen nicht eine Behandlung vorenthalten, nur weil diese Patientengruppe krankheitstypisch die Behandlung verweigern. Für diese schwerst anorexiekranken und behandlungsunwilligen Patienten sollte daher, wie durch das Betreuungsrecht vorgesehen, eine gesetzliche Betreuung eingerichtet und damit die Zuführung zu einer ärztlichen Behandlung gesichert werden.

4.2.2 Angehörige als Betreuer: Der innere Konflikt

Bei den hier vorgestellten Patienten kam es immer wieder zu Konflikten, wenn der Betreuer ein naher Familienangehöriger war. Diese Betreuer befanden sich häufig durch den Wunsch, lebensrettende Maßnahmen durchführen zu lassen und den Bitten und Vorwürfen durch die Patientinnen in einer Konfliktsituation, die sie in einigen Fällen zu einer frühzeitigen Beendigung des strengen, aber notwendigen Therapieregimes bewegte. So ließ ein als Betreuer eingesetzter Vater seine Tochter bei unzureichender Gewichtszunahme und gegen ärztlichen Rat in eine Psychosomatische Klinik verlegen und die Eltern einer minderjährigen Patientin, die über eine PEG-Sonde ernährt wurde und noch nicht in der Lage war, selbstständig zu essen, verlegten diese vorzeitig und gegen ärztlichen Rat. Eine Patientin wurde auf Wunsch der Eltern, die auch Betreuer waren, noch am Aufnahmetag entlassen, da die Eltern ein weniger strenges Therapieregime wollten. Eine Patientin, bei der die rechtliche Betreuung während der Behandlung ausgelaufen und nicht erneuert worden war, wurde mit einem BMI von 13,41 kg/m² ohne vorherige Absprache von den Eltern aus der Klinik nach Hause geholt, um die Behandlung ambulant fortzuführen. Diese Patientin war immer noch gefährlich untergewichtig und schwerst anorexiestark und das Verhalten der Eltern zeigt, dass sie nicht in der Lage sind, zum Wohl ihres Kindes zu entscheiden, wenn es darum geht, auch unangenehme Entscheidung zu treffen und durchzuführen, wie in diesem Falle, eine erneute Beantragung einer Betreuung gegebenenfalls auch Unterbringung.

Betreuer, die nicht mit den Patienten verwandt waren, forderten in keinem der vorgestellten Fälle eine vorzeitige Entlassung oder verlegten die Patienten heimlich oder fluchtartig, ohne vorherige Information des Ärzteteams oder Pflegepersonals. Um den Familienangehörigen, meist den Eltern, solche Gewissenskonflikte zu ersparen, sollte die Betreuung für vital gefährdete Anorexie Patienten nicht Familienangehörigen übertragen werden, sondern professionellen Betreuern, die nicht in den Konflikt geraten, eine Behandlung gegen die Wünsche des eigenen Kindes und dessen Vorwürfe, Ablehnung und Hass durchsetzen zu müssen.

4.2.3 Betreuungsrechtliche Unterbringung

Stellt das Vormundschaftsgericht eine Betreuungsbedürftigkeit fest, so legt es gleichzeitig die „Aufgabenkreise“ fest, in denen es erforderlich ist, dass ein Betreuer die Angelegenheiten des Betreuten besorgt. Ist der Aufgabenkreis „Gesundheitsfürsorge“ in der rechtlichen Betreuung eingeschlossen, hat der gesetzliche Betreuer die Aufgabe, den Betreuten einer ärztlichen Behandlung zuzuführen. Verweigern die Patienten eine notwendige Behandlung, muss der Betreuer das Vormundschaftsgericht informieren und dieses muss entscheiden, ob die Behandlung auch gegen den Willen des Patienten erfolgen darf. Die Unterbringung muss zum Wohle des Betreuten erforderlich sein und das ist nur der Fall, wenn entweder eine Selbstgefährdung besteht oder die Unterbringung der Sicherstellung einer notwendigen ärztlichen Untersuchung, Heilbehandlung oder eines anderen Eingriffs dient (2).

Die Gefährdung des eigenen Lebens durch die Verweigerung von Therapien stellt bei schwerst kranken, behandlungsunwilligen Anorexie Patienten eindeutig eine Eigengefährdung dar. Dies zeigt sich zum Beispiel darin, dass Patientinnen, die im Rahmen mehrmonatiger stationärer Behandlungen bei bereits bestehenden kritischem Untergewicht (z.B. BMI <13 kg/m²) nicht zunehmen oder weiter an Gewicht abnehmen. Dies war auch bei 20 der 25 Patientinnen, die in dieser Arbeit vorgestellt werden, der Fall. Teilweise wehrten sich die hier vorgestellten Patientinnen nicht nur gegen Ernährungssonden sondern gegen sämtliche therapeutischen Maßnahmen. Im Rahmen ihrer Krankheit tolerierten sie oft keinerlei Schläuche, die in den Körper führten und manipulierten auch an ZVKs, die zur Normalisierung der Elektrolyte gelegt wurden und an Thoraxdrainagen, die im Rahmen einer Pneumothoraxbehandlung notwendig geworden waren. Die Angst, über eine Thoraxdrainage zwangsernährt zu werden und diese unbedingt entfernen oder perforieren zu wollen, zeigt, dass diese Patienten nicht mehr in der Lage sind, rational und objektiv zu denken und Entscheidungen bezüglich ihrer Therapie zu treffen, und sich durch ihr Verhalten akut selbst in Gefahr bringen. Auch verlangten die Patientinnen häufig die Entlassung von den Intensivstationen und wollten nach Hause gehen. Eine Patientin drohte sogar, sich umzubringen, falls sie weiter auf der Intensivstation parenteral ernährt würde und man sie nicht gehen ließe. Bei zwei der Patientinnen stellte sich nach Verlegung auf die Normalstation erneut ein akut vitalbedrohlicher Zustand ein, so dass eine Rückverlegung auf die Intensivstation notwendig wurde. Dass die Patientinnen ihre Gesundheit und ihr Leben durch dieses krankheitsbedingte Verhalten gefährdeten, war ihnen nicht zu vermitteln, so

dass, wie in dem oben geschilderten Fall, bei einer Entlassung nach Hause erneut mit akut vital gefährlichen Zuständen zu rechnen gewesen wäre und daher nicht zu verantworten war. Bei 11 der hier vorgestellten schwerst anorexiestranen und behandlungsunwilligen Patientinnen, musste auf Grund einer erheblichen Selbstgefährdung und ihrer Therapieverweigerung, die notwendige ärztliche Heilbehandlung zeitweise im Rahmen einer durch das Vormundschaftsgericht genehmigten Unterbringung und Ernährung durchgeführt werden. Allerdings: Die Unterbringung auf einer geschlossenen psychiatrischen Station ist mit einem erheblichen Einschnitt in die Privatsphäre der Patienten verbunden und eine durchgeführte Zwangsernährung raubt den Patienten vorübergehend die Autonomie über den eigenen Körper. Die Patienten werden in Unterwäsche gewogen, damit sie nicht durch Gewicht in den Taschen „mogeln“ können. Falls sie exzessiv Wasser trinken, werden sie beim Duschen beaufsichtigt, haben keinen freien Zugang zu Toiletten und Waschräumen, stehen unter ständiger Beaufsichtigung durch das Pflegepersonal und werden, falls notwendig, zeitweise im Überwachungszimmer geführt. Eine solche Behandlung darf nur eine ultima ratio sein! Allerdings stellt sie bei den hier vorgestellten Patientinnen die letzte Alternative zu einer Nicht-Behandlung und der damit verbundenen erheblichen Gefahr für die Gesundheit und das Leben der Patientinnen dar.

4.2.4 Familiengerichtliche Unterbringung minderjähriger Patienten

Minderjährige Patienten unterstehen nicht dem Betreuungsrecht und können dementsprechend nicht unter rechtliche Betreuung gestellt und betreuungsrechtlich untergebracht werden. Eine Unterbringung Minderjähriger muss außer von den Sorgeberechtigten (meist den Eltern) durch das Familiengericht genehmigt werden und ist nur möglich, wenn die Patienten die Einwilligung verweigern und die notwendige Untersuchung und/oder Heilbehandlung ohne diese Maßnahme nicht durchgeführt werden kann. Zwei der drei minderjährigen schwerst anorexiestranen behandlungsunwilligen Patientinnen wurden zeitweise familiengerichtlich untergebracht, da sie entgegen dem Willen ihrer Eltern eine Behandlung verweigerten und sofort entlassen werden wollten. Für die Eltern ist dies eine schwierige Situation, da sie zum Wohle ihres Kindes gegen dessen Willen entscheiden müssen. Auch ist die Behandlung auf einer geschlossen-psychiatrischen Station mit einem erheblichen Einschnitt in die Privatsphäre der Patientinnen verbunden, da sie, falls ihr Verhalten dies nötig macht, auch beim Duschen oder den Toilettengängen überwacht oder

tagsüber im Überwachungszimmer geführt werden müssen. Auch verlieren sie im Falle einer Zwangsernährung die Autonomie über den eigenen Körper. Für viele Eltern ist die Zustimmung zu einer geschlossen-stationären Behandlung eine große Belastung, auch wenn sie wissen, dass ihr Kind ohne diese Behandlung schweren gesundheitlichen Schaden davontragen, sogar sterben kann. Trotz allem ist die Maßnahme einer familiengerichtlichen Unterbringung für schwerst anorexiekanke und behandlungsunwillige minderjährige Patienten angebracht, falls dies die einzigste Möglichkeit ist, die Patienten einer Behandlung zuzuführen und eine Gefahr für Leib und Leben der Patienten abzuwenden. Festzuhalten ist, dass die Behandlung minderjähriger Patienten gegen ihren ausdrücklichen Willen weder durch die Eltern noch durch die Ärzte erlaubt wird, sondern dass das Familiengericht die Unterbringung und Behandlung genehmigen muss. Wie im Betreuungsrecht dient die notwendige Zustimmung durch das Familiengericht dem Schutz der Patienten. Dem Schutz vor der Willkür der Eltern und Ärzte, aber auch der Sicherstellung einer notwendigen Behandlung zum Wohle der minderjährigen Patienten, falls nötig auch gegen den Willen der Eltern und der Patienten.

4.2.5 Bayerisches Unterbringungsgesetz (Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker und deren Betreuung)

Neben der betreuungsrechtlichen und familiengerichtlichen Unterbringung gibt es die öffentlich-rechtliche Unterbringung nach den Unterbringungsgesetzen der Länder (Vgl. Kapitel Einleitung). „Zweck der Unterbringung ist, die Gefährdung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung zu beseitigen; zugleich ist der Untergebrachte nach Maßgabe dieses Gesetzes wegen seiner psychischen Erkrankung oder Störung zu behandeln“ (78). Für eine Unterbringung nach dem Bayerischen Unterbringungsgesetz muss durch unmittelbare Selbst- oder Fremdgefährdung auf Grund einer psychischen Krankheit oder krankheitswertigen psychischen Störung eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung vorliegen. Eine der vorgestellten schwerst anorexiekanke und behandlungsunwilligen Patientinnen wurde nach Bayerischen Unterbringungsgesetz aus einer Psychosomatischen Klinik in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt, da sie bei einem BMI von 12,19 kg/m² und nicht vorhandener Krankheits- und Behandlungseinsicht drohte, sich selbst aus der Psychosomatischen Klinik nach Hause zu entlassen, sollte dort auf eine Gewichtszunahme gedrängt werden. Da sowohl im Falle einer ausbleibenden Gewichtszunahme als auch bei

Entlassung nach Hause mit einem erheblichen gesundheitlichen Schaden für die Patientin zu rechnen war, die Patientin sich aber weigerte einer Behandlung oder Verlegung zuzustimmen, wurde die Verlegung der Patientin in die Psychiatrische Klinik der LMU auf Grundlage des bayerischen Unterbringungsgesetzes angeordnet, damit dort durch eine entsprechende Behandlung die vitale Gefährdung der Patientin beendet würde.

Die Anwendung des Unterbringungsrechts ist nur bei unmittelbarer Selbst- oder Fremdgefährdung aufgrund einer psychischen Störung/Krankheit möglich. Die behandelnden Ärzte in der zur Unterbringung beauftragten Klinik haben einen gesetzlichen Behandlungsauftrag, demzufolge sie die Gefahr durch „die notwendige Sicherung Beaufsichtigung, insbesondere aber durch angemessene Behandlungsmaßnahmen abzuwenden“ (78) haben. Im Gegensatz zur betreuungsrechtlichen Unterbringung, bei der eine Behandlung durch den Betreuer bzw. das Vormundschaftsgericht genehmigt werden muss, ist die Behandlung der Anlasserkrankung, soweit sie zur Gefahrenabwendung erforderlich ist, von dem Untergebrachten zu dulden und bedarf keiner zusätzlichen Genehmigung. Diese Art der Unterbringung darf nur angewandt werden, wenn weniger eingreifende Schutzmaßnahmen nicht ausreichen, die Gefahr abzuwenden. Das Betreuungsrecht, das dem Schutz und Wohle der Betroffenen und nicht dem Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung dient, ist eindeutig die weniger einschneidende Schutzmaßnahme. Da die Verlegung in die Psychiatrische Klinik der LMU zur dortigen Behandlung allerdings ohne die Anwendung des bayerischen Unterbringungsgesetzes nicht sichergestellt gewesen wäre, war die Anwendung des Bayerischen Unterbringungsgesetzes zum Zwecke der Verlegung gerechtfertigt.

4.2.6 Änderung der Rechtsgrundlage im Behandlungsverlauf

Ob bei den Patientinnen während des Behandlungsverlaufs eine rechtliche Betreuung oder betreuungsrechtliche/familienrechtliche Unterbringung notwendig wird und falls ja, für wie lange, lässt sich nicht vorhersagen. Bei 21 Patientinnen änderte sich die Rechtsgrundlage im Krankheitsverlauf. Während 13 der 17 freiwillig zur Aufnahme gekommenen Patientinnen im Verlauf betreut und teilweise untergebracht werden mussten, weil sie nicht länger in die notwendigen Behandlungsmaßnahmen einwilligten und die sofortige Entlassung verlangten, lief für zwei Patientinnen die Betreuung während ihrer Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU aus, da sie therapiebereit waren. Eine Patientin, die untergebracht werden

musste, stimmte nach zwei Wochen freiwillig dem Verbleib und der Behandlung auf der geschlossenen Station zu, so dass die Gründe für eine Unterbringung entfielen. Dies wurde entsprechend der Gesetzeslage dem Vormundschaftsgericht mitgeteilt und die Unterbringung wurde beendet. Andererseits gab es Patientinnen, die im Behandlungsverlauf wiederholt die sofortige Entlassung und das Ende der Behandlung forderten und bei denen mehrfach eine Unterbringung bzw. Verlängerung einer bestehenden Unterbringung notwendig und durch das Vormundschaftsgericht genehmigt wurde. Andere Patientinnen wiederum willigten über mehrere Wochen freiwillig in die Behandlung ein, bevor sie plötzlich die Entlassung verlangten oder bekannt gaben, nach der Entlassung keine weiteren Therapiemaßnahmen dulden zu wollen. Wie sich ein Patient im Behandlungsverlauf bezüglich der Krankheitseinsicht und Therapiebereitschaft verhalten wird, ist nicht abzusehen. Daher ist die kontinuierliche Überprüfung der Rechtsgrundlage sowohl durch die Ärzte als auch durch die Betreuer und das Vormundschaftsgericht während der gesamten Behandlung notwendig und muss gegebenenfalls angepasst werden.

4.3 Psychopathologische Befunde

Wie in den Ergebnissen dargestellt, hatten alle 25 Patientinnen bei ihrer Aufnahme in der Psychiatrischen Klinik der LMU einen oder mehrere auffällige psychopathologische Befunde. Mit steigendem Körpergewicht normalisierten sich die kognitiven Fähigkeiten bei allen Patientinnen. Fünf der ursprünglich 20 Patientinnen hatten bei der Entlassung formale Denkstörungen in Form einer gedanklichen Einengung auf die Themen Körpergewicht und Nahrung, zwei dieser Patientinnen waren zudem niedergestimmt. Gedankeneinengung und depressive Symptomatik können nicht nur bei Anorexie Patienten, sondern auch bei anderen stark unternährten Personen, z.B. Kriegsgefangenen, festgestellt werden und bleiben oft, nachdem diese wieder freien Zugang zu Nahrungsmitteln haben, noch längere Zeit vorhanden (44). Der Zusammenhang zwischen Körpergewicht, kognitiven Fähigkeiten und formalen Denken könnte dafür verantwortlich sein, dass schwer untergewichtige Patienten oft erst nach erfolgter Gewichtszunahme psychotherapiefähig werden.

Bei der Entlassung war bei vier Patientinnen die Krankheits- und Behandlungseinsicht nur schwach bzw. gar nicht vorhanden. So konnten sich auch zwei dieser Patientinnen nicht zu einer dringend angeratenen stationären Anschlussbehandlung entschließen und ihre Prognose für die Zukunft muss als schlecht eingestuft werden. Bei den meisten Patientinnen besserte

sich allerdings die Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft mit zunehmendem Körpergewicht. Wie bei Watson (84), sahen die meisten der hier vorgestellten Patientinnen die Notwendigkeit der Behandlung nach erfolgter Gewichtszunahme ein. Es überwog die Meinung, dass die Behandlung wohl notwendig gewesen war, eine Patientin meinte sogar, dass Sie ohne die Zwangsernährung wahrscheinlich tot wäre. Die Änderung der Einstellung der Patientinnen zu ihrer Krankheit zeigt deutlich, dass es unter der Behandlung zu einer realistischeren Einschätzung der Krankheit und der damit verbundenen Gefahren gekommen war. Dies ist eine Grundvoraussetzung, um eine erfolgreiche Psychotherapie durchführen zu können und macht deutlich, dass zuerst eine deutliche Gewichtszunahme, zur Not auch gegen den Willen der Patienten, erfolgen muss, bevor die Patienten in der Lage sind, von einer psychotherapeutischen Behandlung zu profitieren. Und solange die Psychotherapiefähigkeit der Patienten nicht gegeben ist, ist eine langfristig erfolgreiche Behandlung der zugrunde liegenden Anorexia nervosa nicht Erfolg versprechend und damit auch keine langfristige Stabilisierung des Gesundheitszustandes der Patienten zu erwarten.

4.4 Gewichtsentwicklung und Behandlungsdauer

Die hier vorgestellten schwerst anorexiereichen und behandlungsunwilligen Patientinnen waren bei der Aufnahme durchschnittlich 32,33 kg schwer und hatten einen BMI von 12,09 kg/m². Während der 158-tägigen Behandlung (MW) nahmen sie durchschnittlich 0,64 kg/Woche zu (insgesamt 12,44 kg) und wurden mit einem Gewicht von 44,78 kg (BMI 16,74 kg/m²) entlassen.

Im Vergleich zu den hier vorgestellten Patientinnen hatten die unfreiwillig hospitalisierten Patienten in Studien von Ramsay (65) und Watson (84) ein deutlich höheres Aufnahmegewicht (entsprechend BMI 14,2 bzw. 17,4 kg/m²), nahmen schneller zu (0,75 bzw. ~1,2 kg/Woche) und wurden mit einem höheren Gewicht entlassen (BMI 18,7 bzw. 20,5 kg/m²). Auch war die durchschnittliche Behandlungsdauer mit 113 bzw. 57,6 Tagen in beiden Studien kürzer.

Bemerkenswert ist, dass weder Ramsay noch Watson bei der Behandlung hochkalorische Sondenkost verwendeten sondern die Patienten mit Hilfe von Ernährungsberatern für sich selbst Essenspläne erstellten und ausschließlich normale Kost zu sich nahmen. Dass die Patientinnen dennoch so schnell zunahmen lässt sich eigentlich nur durch ein hohes Maß an Therapiebereitschaft erklären. Allerdings widerspräche das den Grundvoraussetzungen einer

Unterbringung, wonach die Patienten eine notwendige Behandlung krankheitsbedingt verweigern müssen. Die meisten der hier vorgestellten schwerst kranken und behandlungsunwilligen Patientinnen waren nicht bereit oder in der Lage ausreichend normale Kost zu sich zunehmen und hätten ohne die Gabe von Sondenkost weiter abgenommen.

Eine Erklärung, dass die Gewichtssteigerung in den Studien von Ramsay und Watson deutlich schneller stattfand als bei den hier vorgestellten Patientinnen könnte sein, dass es für Patienten umso schwerer ist zuzunehmen, je geringer ihr Ausgangsgewicht ist. Dies würde erklären, weswegen die Patienten bei Watson am schnellsten zunahmen, gefolgt von den Patienten bei Ramsay und den hier vorgestellten Patientinnen. Es wäre aber auch denkbar, dass die hier vorgestellten Patientinnen schwerer erkrankt waren und sich stärker gegen eine Gewichtszunahme wehrten.

Ein interessanter Nebenaspekt ist, dass Patienten bei Watson unfreiwillig hospitalisiert wurden, obwohl sie kaum das Gewichtskriterium für Anorexia nervosa gemäß ICD-10 erfüllten ($\text{BMI} < 17,5 \text{ kg/m}^2$). Die Unterbringung und Behandlung der Patienten erfolgte gemäß der Gesetze des US-Staates Iowas, die ähnlich den deutschen Gesetzen sind. Voraussetzungen für eine Unterbringung in Iowa sind:

1. der Patient muss an einer psychiatrischen Krankheit leiden,
2. diese Krankheit bedroht das Leben des Patienten durch Selbstgefährdung oder Selbstvernachlässigung und
3. der Patient verweigert eine Behandlung.

Es scheint, dass die Richter in Iowa, die die Unterbringung genehmigten, bei behandlungsunwilligen Anorexie Patienten unabhängig vom momentanen Körpergewicht eine vitale Gefährdung sahen.

4.5 Kardiovaskuläre Befunde

Wie in den Ergebnissen dargestellt hatten 25 (100 %) der hier vorgestellten schwerst anorexiereichen und behandlungsunwilligen Patientinnen typische, in der Literatur beschriebene kardiovaskuläre Störungen. Am häufigsten kamen Bradykardien und Hypotonie vor, aber auch schwere Veränderungen wie z.B. bei vier Patientinnen unspezifische T-Well-Abnormitäten, davon einmal mit Repolarisierungsstörungen, und bei zwei Patientinnen eine QT-Zeit-Verlängerung. Die Zahl der vorgestellten Patienten mit auffälligem Befund lag mit

100 % deutlich über dem in der Literatur angegebenen Wert von 80 % (60). Ursächlich dafür dürfte sein, dass in dieser Arbeit ausschließlich schwerst kranke Patienten vorgestellt wurden. Nach Gewichtszunahme der Patientinnen kam es, wie in der Literatur beschrieben (63, 66, 76, 85), auch bei den hier vorgestellten Patientinnen zu einer Verbesserung der Befunde. Bei Entlassung hatten nur noch 6 (24 %) Patientinnen einen pathologischer Befund in Form eine Hypotonie. Eine Verlängerung der QT-Zeit oder Repolarisierungsstörungen, wurden nach Gewichtszunahme bei keiner der Patientinnen festgestellt.

Da vor allem das Auftreten von QT-Zeit-Verlängerungen und Repolarisierungsstörungen mit einem erhöhten Risiko für einen plötzlichen Herztodes einhergeht (60), die Patienten in ihrer Gesundheit aber auch durch extreme Bradykardien und Hypotension gefährdet sind und diese Veränderungen bei einer Gewichtszunahme reversibel sind (66, 76), ist es dringend notwendig, dass schwerst anorexiekanke Patienten bei fehlender Krankheits- und Behandlungseinsicht auch gegen ihren Willen einer Behandlung zugeführt werden, um eine vitale Bedrohung zu beenden.

4.6 Laborveränderungen

Wie einleitend erwähnt kommt es bei Anorexia nervosa Patienten häufig zu Störungen im Elektrolythaushalt, zu Leukopenie und Anämie.

4.6.1 Elektrolyte

Vier (16 %) Patientinnen hatten bei der Aufnahme eine Hypokaliämie, fünf (20 %) eine Hyponatriämie. Da sowohl Hypokaliämien als auch Hyponatriämien zu den häufigsten Befunden bei Anorexia nervosa Patienten gehören, war dieses Ergebnis nicht überraschen. Interessant ist allerdings, dass zwei Patientinnen, die mit einer Hypokaliämie aufgenommen wurden, vor ihrer Verlegung aus einer Medizinischen Klinik normale Kaliumwerte hatten. Das Absinken des Kaliumwertes von 3,9 auf 2,7 mmol/l bzw. von 4,3 auf 3,3 mmol/l innerhalb eines Tages ist, vor allem, wenn man die Ergebnisse von Greenfeld (30) berücksichtigt, am wahrscheinlichsten durch massives heimliches Erbrechen der Patientinnen zu erklären. Eine der Patientinnen mit Hypokaliämie hatte eine QT-Zeit-Verlängerung und eine schwere Repolarisierungsstörung. Beide Befunde kommen vor allem bei Hypokaliämien vor und sind mit einem deutlich erhöhten Risiko eines plötzlichen Herztods verbunden (60).

Nach Normalisierung des Kaliumspiegels und nach Gewichtszunahme verschwanden diese pathologischen EKG-Veränderungen.

Fünf (20 %) Patientinnen hatten eine Hyponatriämie. Ursächlich dafür ist wahrscheinlich die Selektion der hier vorgestellten Patienten. Die schwerst kranken und stark untergewichtigen Patientinnen tranken um das Hungergefühl zu unterdrücken teilweise mehr als 10 Liter Wasser pro Tag, wodurch der Serumnatriumspiegel sinkt. Wird dieser zu schnell ausgeglichen, besteht für die Patienten die akute Gefahr, eine Zentrale Pontine Myelinolyse zu entwickeln (48).

Bei der Entlassung hatte lediglich eine Patientin, die bei der Aufnahme normale Kaliumwerte hatte, eine leichte Hypokaliämie (3,4 mmol/l), die mit Kaliumchlorid-Brausetabletten behandelt wurde. Die Natriumwerte der Patientinnen waren alle unauffällig.

Die weitgehende Normalisierung der Elektrolyte bei der Entlassung zeigt deutlich, dass in einem geschlossenen Setting, in dem die Patienten falls nötig eng überwacht werden können, eine Normalisierung der Elektrolyte möglich ist. Um schwerwiegende, eventuell tödliche Folgen, wie schwere Herzrhythmusstörungen und Zentrale Pontine Myelinolyse, zu verhindern, ist eine Behandlung schwerst kranker und behandlungsunwilliger Anorexie Patienten daher dringen und frühzeitig sicherzustellen, notfalls auch gegen deren Willen.

4.6.2 Leukopenie und Anämie

Wie in den Ergebnissen dargestellt hatten 14 (56 %) Patientinnen eine Leukopenie bei ihrer Aufnahme, fünf (20 %) bei ihrer Entlassung. Das hohe Vorkommen von Leukopenien war insofern überraschend, als das in der Literatur Werte zwischen 34 % und 36 % angegeben werden (21, 57). Der Grund dafür, dass die Zahl der Patienten mit Leukopenie wesentlich höher ausfiel, als zu erwarten war, könnte sein, dass es sich bei den hier vorgestellten Patienten nicht um einen Querschnitt durch die Gesamtgruppe der Anorexie Patienten handelt sondern ausschließlich um schwerst kranke Patienten. In einer Studie konnte Devuyst (21) einen Zusammenhang zwischen niedrigem Körpergewicht und Leukopenie nachweisen. 9 % der Anorexie Patienten erkrankten während der Studiendauer an schweren Infektionen, in der gesunden Kontrollgruppe erkrankte kein Patient. Das Risiko für Anorexie Patienten an einer schweren Infektion zu erkranken war besonders hoch, falls der Aufnahme BMI der Patienten kleiner 12 kg/m² war, wie es auch bei sechs der hier vorgestellten Patientinnen mit Leukopenie der Fall war. Um potentiell tödliche Komplikationen einer geschwächten Abwehrlage zu vermeiden, ist eine Behandlung schwerst kranker und behandlungsunwilliger

Anorexia nervosa Patienten mit vital gefährdendem Verlauf dringend notwendig und erscheint auch gegen ihren Willen sinnvoll und angebracht.

Bei der Aufnahme hatten 18 (72 %) Patientinnen eine Anämie. Dieser Wert liegt weit über den in der Literatur angegebenen 22 – 40 % (21, 37, 57, 58). Dies ist wohl am ehesten dadurch zu erklären, dass die meisten der hier vorgestellten Patientinnen seit mehreren Jahren schwer krank waren und sich einer Behandlung konsequent entzogen. Allerdings lag nur bei drei dieser Patientinnen eine Eisenmangelanämie vor, die entsprechend behandelt wurde. In den anderen Fällen dürfte wohl eine allgemeine Mangelernährung ursächlich sein. Bei Entlassung hatten sich die Werte bei allen Patientinnen gebessert, aber es hatten immer noch sieben (28 %) Patienten eine Anämie.

4.7 Zuverlegende Einrichtung

11 (44 %) Patientinnen wurden aus Psychosomatischen Kliniken, acht (32 %) Patientinnen aus Medizinischen Kliniken, und sechs (24 %) Patientinnen von zu Hause kommend in der Psychiatrischen Klinik der LMU aufgenommen.

Die Verlegungsgründe aus den Psychosomatischen Kliniken waren stets, dass die Patientinnen über mehrere Wochen, teils Monate, nicht zugenommen oder sogar weiter abgenommen hatten oder selbstverletzendes Verhalten gezeigt hatten. Obwohl die Patientinnen freiwillig in die Psychosomatischen Kliniken gekommen waren, waren sie krankheitsbedingt nicht in der Lage, erfolgreich an dem Therapieprogramm teilzunehmen und an Gewicht zuzunehmen. Da die Freiwilligkeit der Behandlung einer der Grundsätze der psychosomatischen Behandlung darstellt, ist von Psychosomatischen Kliniken nicht zu erwarten, eine Behandlung gegen den ausdrücklichen Patientenwillen auf Grundlage des Betreuungsrechts, eventuell unter Anwendung von Zwangsmaßnahmen durchzuführen. Kann der vital bedrohliche Zustand der Patienten in einer Psychosomatischen Klinik jedoch unter freiwilligen Therapiemaßnahmen nicht gebessert werden, so hat die Klinik Sorge dafür zu tragen, dass der Patient nicht einfach nach Hause entlassen und damit „seinem Schicksal überlassen“ wird. Bei diesen Patientinnen ist eine Verlegung in eine psychiatrische Klinik, in der gegebenenfalls eine Behandlung unter Nutzung des Betreuungsrechts erfolgen kann, anzustreben, um nicht die Gesundheit und das Leben der Patienten zu gefährden.

Sechs der acht Patientinnen, die aus Medizinischen Kliniken in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt wurden, waren dort wegen ihres akut vital gefährdeten Zustands intensivmedizinisch behandelt worden. Trotz ihres auch nach der Intensivbehandlung noch schlechten Zustandes, verweigerten drei eine weitere Behandlung. Eine dieser Patientinnen wurde auf Grundlage eines Unterbringungsbeschlusses verlegt und zwei Patientinnen stimmten erst nach eingeleitetem Unterbringungsverfahren der Weiterbehandlung zu. Die anderen drei Patientinnen konnten durch ihre Betreuer bzw. die Eltern überzeugt werden, der Weiterbehandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU zuzustimmen. Die therapieunwilligen, weiterhin schwerst kranken Anorexia nervosa Patienten sind auf Grund ihrer Essstörung jedoch weiterhin vital gefährdet. Um die Gefahr einer erneuten akuten vitalen Gefährdung abzuwenden, muss deshalb die zu Grunde liegende Anorexia nervosa behandelt und eine Gewichtszunahme erreicht werden, notfalls auch mittels Zwangsernährung. Da es sich bei Anorexia nervosa um eine psychiatrische Erkrankung handelt, sollte die Therapie in einer Psychiatrischen Klinik mit entsprechend geschultem Personal stattfinden.

Die von zu Hause kommenden Patientinnen waren meist therapiebereiter als die aus stationären Einrichtungen zuverlegten Patientinnen. Drei der vier auf freiwilliger Rechtsgrundlage behandelten Patientinnen kamen von zu Hause. Der Rückschluss, dass diese Patienten auch gesünder seien oder weniger schwer anorexiestkrank ist jedoch falsch. So erreichte eine dieser Patientinnen nicht das notwendige Mindestgewicht von $13,5 \text{ kg/m}^2$, das die Psychosomatische Klinik, in der sie vorstellig geworden war, forderte und vier der sechs Patientinnen hatten einen Aufnahme-BMI, der unter dem Durchschnitt von $12,09 \text{ kg/m}^2$ lag.

4.8 Krankheitsdauer

Wie in den Ergebnissen dargestellt waren die schwerst anorexiestkranken und behandlungsunwilligen Patientinnen durchschnittlich seit 7,28 Jahren krank, wobei die Spanne zwischen einem Jahr und über 20 Jahren lag. Andere Veröffentlichungen über unfreiwillig hospitalisierte Anorexia Patienten geben ebenfalls sehr uneinheitliche Krankheitsdauern von zwei Jahren bei Watson und acht Jahren bei Ramsay an. Die Krankheitsdauer scheint kein geeigneter Wert zu sein, um bei behandlungsunwilligen Patienten einen schwersten Krankheitsverlauf mit vitaler Bedrohung zu erkennen oder vorherzusagen. Auch, dass eine Patientin innerhalb des ersten Erkrankungsjahres mehr als

20 kg auf einen BMI von 12 kg/m² abnahm, parenteral ernährt werden musste und einen Suizidversuch beging, zeigt deutlich, dass von der Krankheitsdauer nicht auf die Schwere der Erkrankung und Behandlungsunwilligkeit geschlossen werden kann. Allerdings ist nach neunjährigem Krankheitsverlauf fast keine Remission mehr festzustellen und die Letalität steigt nach 20 Jahren auf 15 – 20 %. All dies zeigt deutlich, dass therapieunwillige Anorexie Patienten dringend einer frühzeitigen Behandlung zugeführt werden müssen, um eine Chronifizierung der Erkrankung mit einem deutlich erhöhten Sterberisiko zu verhindern.

4.9 Laxantienmissbrauch

Neun der schwerst anorexiestorenen und behandlungsunwilligen Patientinnen gaben den Gebrauch von Laxantien zu. Ein wiederholt auftretendes Problem während der Behandlung war, dass diese Patientinnen versuchten, Laxantien auf die Station zu schmuggeln oder durch großer Mengen Süßstoff oder Obstsaft den Effekt von Laxantien zu simulieren. Dieses Verhalten machte es notwendig, dass die Patientinnen eng durch das Pflegepersonal überwacht wurden und die Zimmer regelmäßig nach versteckten Laxantien und Obstsaft durchsucht wurden. Interessant ist, dass die meisten der Patientinnen unter den dauerhaften Durchfällen litten und dennoch weiter Laxantien gebrauchten. Dass die Patientinnen diese doch erheblichen Unannehmlichkeiten in Kauf nahmen, nur um ihrem Ziel nach noch mehr Schlankheit näher zu kommen, zeigt deutlich, dass diese Patientinnen ihr Handeln nicht mehr frei bestimmen können und nicht mehr in der Lage sind, adäquat für ihre Gesundheit zu sorgen. Die Patientinnen waren erst nach einer deutlichen Gewichtszunahme und beginnender Psychotherapiefähigkeit in der Lage, den Laxantienmissbrauch einzustellen. Auch wird an dem Verhalten der Patientinnen deutlich, dass sie nicht nur nicht therapiewillig sind, sondern aktiv Maßnahmen ergreifen, um einer Gewichtszunahme entgegenzusteuern. Außerhalb einer geschlossenen Station kann dieses Verhalten kaum verhindert werden. Es ist bei manchen Patientinnen also unumgänglich, sie auf einer geschlossenen Station unter enger Überwachung und regelmäßiger Kontrollen auf versteckte Laxantien zu behandeln, um eine Gewichtszunahme und damit Beendigung der vitalen Gefährdung erreichen zu können.

4.10 Suizidversuche

Wie in den Ergebnissen dargestellt, hatten drei der schwerst anorexiekranken und behandlungsunwilligen Patientinnen bereits versucht, sich das Leben zu nehmen, und eine Patientin war bei der Aufnahme in die Psychiatrische Klinik der LMU suizidal. Da Anorexia nervosa die psychische Krankheit mit der höchsten Selbstmordrate ist und Suizid die zweithäufigste Todesursache bei Anorexie Patienten darstellt, ist es wichtig, dass schwerst kranke Anorexie Patienten frühzeitig einer Behandlung zugeführt werden, um Suizidalität rechtzeitig zu erkennen und gegebenen Falls entsprechende Maßnahmen einzuleiten, um einen Suizidversuch zu verhindern. Dass suizidale Patienten auf geschlossen-psychiatrischen Stationen behandelt und gegebenen Falls untergebracht werden, ist in diesem Zusammenhang selbstverständlich.

4.11 Sozialer Hintergrund und soziales Umfeld der Patientinnen

Wie in den Ergebnissen dargestellt, hatten die meisten der in dieser Arbeit vorgestellten schwerst anorexiekranken und behandlungsunwilligen Patientinnen (n=15, 60 %) mindestens einen Elternteil, der Akademiker war. Dies deckt sich mit Ergebnissen von McClelland (2001), die die Soziale Schicht der Eltern von Anorexia nervosa Patienten auf Grundlage der Einteilung des „Great Britain Office of Population Census and Survey“ untersucht hat.

12 (48 %) der schwerst anorexiekranken und behandlungsunwilligen Patientinnen hatten entweder Abitur oder besuchten das Gymnasium. Neun (36 %) Patientinnen hatten Mittlere Reife oder besuchen die Realschule. Dies deckt sich in etwa mit den Ergebnissen von Pike, wonach 86 % der Anorexia nervosa Patienten einen der Realschule vergleichbaren oder höheren Schulabschluss hatten. Die in dieser Arbeit vorgestellten schwerst kranken und behandlungsunwilligen Patientinnen unterschieden sich demnach nicht von anderen Anorexia nervosa Patienten.

Über die Hälfte der schwer anorexiekranken und behandlungsunwilligen Patientinnen war krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage, die Schule zu besuchen oder die Berufsausbildung fortzusetzen bzw. einer Beschäftigung nachzukommen. Dennoch waren sie nicht bereit oder in der Lage, an einer Therapie teilzunehmen und an Gewicht zuzunehmen, so dass eine Fortsetzung der Ausbildung bzw. eine Beschäftigung möglich gewesen wäre. Um das Ziel, möglichst schlank zu sein, zu erreichen, vernachlässigten die Patientinnen nicht nur Schule

und Beruf sondern auch ihre persönlichen Interessen. Haben sie ein gewisses Maß an Untergewicht erreicht, kommen kognitive Störungen, Gedankeneinengung und häufig Depressionen hinzu. Die Patienten begeben sich selbst durch ihr Verhalten in eine soziale Isolation, unter der sie teilweise stark leiden, aus der sie sich selbst aber nur schwer befreien können. Hieraus kann sich ein Teufelskreis entwickeln: Die Patienten meinen, wenn sie schlanker wären, wären sie schöner, angesehener und beliebter, folglich sind sie gleichsam von der Überzeugung getrieben, noch dünner werden zu müssen. Dieser Kreislauf kann nur durchbrochen werden, wenn die Patienten soweit zunehmen, dass die kognitiven und körperlichen Einbußen verschwinden, sie psychotherapiefähig werden und letzten Endes befähigt, wieder die Schule zu besuchen, ihren Beruf auszuüben und persönlichen Interessen nachzukommen.

4.12 Sexuelle Gewalt

Wie in den Ergebnissen dargestellt, hatten vier (16 %) der schwerst anorexiekranken und behandlungsunwilligen Patientinnen sexuelle Gewalt in Form von sexueller Belästigung erlebt. Dieser Wert liegt deutlich unter dem von Vize (80), die bei über 40 % der untersuchten Anorexie Patienten sexuellen missbrauch feststellte.

4.13 Psychiatrische Familienanamnese der Patientinnen

Nur eine der hier vorgestellten schwerst anorexiekranken und behandlungsunwilligen Patientinnen hatte eine an Anorexia nervosa erkrankte Cousine. Damit trat es bei den hier vorgestellten Patientinnen nicht zu einer Häufung von Anorexieerkrankungen in der Familie auf, wie sie in der Literatur beschrieben wird (7).

4.14 Somatische Anamnese

Wie in den Ergebnissen dargestellt, hatten alle 25 Patientinnen eine Amenorrhoe. Amenorrhoe ist eines der Kriterium, die sowohl nach ICD-10 (6) als auch DSM-IV (3) für die Diagnose des Vollbildes einer Anorexia nervosa vorhanden sein müssen. Neben üblichen Kinderkrankheiten und kleineren operativen Eingriffen wie Appendektomien, gab es zwei Patientinnen, mit hervorzuhebenden somatischen Erkrankungen. Eine Patientin hatte ein Ullrich-Turner-Syndrom und eine Patientin war auf Grund eines Morbus Wilson sieben Jahre

vor der jetzigen Aufnahme lebertransplantiert worden. Obwohl es für beide Krankheiten Fallbeschreibungen in Verbindung mit Anorexia nervosa gibt, scheint ein gemeinsames Auftreten zufällig bedingt zu sein (13, 23, 32).

4.15 Stationäre und ambulante Vorbehandlung der Patientinnen

Alle der hier vorgestellten schwerst anorexiekranken Patientinnen waren wegen ihrer Essstörung bereits in stationärer internistischer und/oder psychiatrischer/psychotherapeutischer/psychosomatischer Behandlung gewesen, 19 Patientinnen zusätzlich in ambulanter Behandlung.

Die Zahl der notwendigen stationären Vorbehandlungen im Zusammenhang mit der Essstörung lag mit 4,8 über dem Wert anderer Studien mit unfreiwillig behandelten Anorexie Patienten (Watson 3,0 (84), Ramsay 3,3 (65)). Eine mögliche Erklärung für die häufigeren stationären Behandlungen wäre, dass die Patienten schwerer erkrankt waren als bei Ramsay und Watson, zumal sie auch ein deutlich niedrigeres Aufnahmegewicht hatten. Maximal waren bei den Patientinnen sechs stationäre internistische Behandlungen notwendig geworden, bei 10 Patientinnen auch auf Intensivstationen, in sechs Fällen sogar wiederholt. Nach erfolgter Krisenintervention wurden die Patientinnen wieder nach Hause entlassen ohne dass eine Behandlung der Anorexia nervosa sichergestellt worden wäre, bevor die Patientinnen erneut in einer Medizinischen Klinik aufgenommen werden mussten.

Die stationären psychiatrischen/psychotherapeutischen/psychosomatischen Behandlungen (max. acht) erbrachten bei den Patientinnen, wenn überhaupt, nur kurzzeitig eine Besserung, da sie nicht bereit oder in der Lage waren, sich auf das Therapiekonzept einzulassen. Oft erfolgten diese Behandlungen auf Druck der Angehörigen, jedoch ohne dass die Patientin selbst es wirklich wünschte und erbrachte auf Grund der geringen Therapiemotivation bei fehlender Krankheitseinsicht nur eine geringe Besserung der Symptomatik. Vier Patientinnen waren auf Grund erfolgter Suizidversuche oder wegen Suizidalität geschlossen-stationär behandelt worden.

Dass so viele stationäre Behandlungen erfolgt waren, ohne dass es zu einer deutlichen Besserung des Zustandes der Patientinnen gekommen war, zeigt deutlich, dass diese Patienten schwer zu behandeln sind. Da sie sich nicht krank fühlen und der Meinung sind, nicht krank zu sein, fehlt auch eine Therapiemotivation. Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft sind aber Grundvoraussetzung dafür, dass eine langfristig erfolgreiche Behandlung der

Essstörung erfolgen kann und der „Drehtüreffekt“ bei stationären Behandlungen dieser Patienten beendet werden kann. Da die Patientinnen offensichtlich unter freiwilligen Bedingungen nicht in der Lage sind zuzunehmen und an einer längerfristigen Therapie teilzunehmen, ist es, um die vitale Bedrohung zu beenden, notwendig, die Patienten notfalls auch gegen ihren Willen zu behandeln und zu ernähren.

4.16 Die Ernährung der Patientinnen

Bei der hochkalorischen Ernährung, wie sie in dem hier vorgestellten Behandlungsmodell durchgeführt wurde, sind verschiedene Aspekte zu bedenken. Falls die Patienten in der Lage sind, durch die Teilnahme an den Mahlzeiten und die Aufnahme von Normalkost zuzunehmen, sollte auf den Einsatz hochkalorischer Ernährungslösungen verzichtet werden. Bei den hier vorgestellten schwerst anorexiekranken und behandlungsunwilligen Patientinnen war dies jedoch nur in zwei (8 %) Fällen möglich. Wie hier in drei (12 %) Fällen gezeigt, kann bei kooperativem Verhalten der Patientinnen durch orale Verabreichung von Normalkost oder einer hochkalorischen Nährlösung eine kontinuierliche und zufrieden stellende Gewichtszunahme erreicht werden. Obwohl die rein orale Ernährung grundsätzlich vorzuziehen ist, war die überwiegende Mehrzahl der Patientinnen nicht in der Lage, ihr Gewicht durch orale Nahrungszufuhr zu halten oder zu erhöhen, was eine Sondenernährung unumgänglich machte. 22 Patientinnen wurde zeitweise über eine Nasensonde oder PEG-Sonde ernährt. Dies ist nur dann möglich, wenn die Patienten dieser Maßnahme zustimmen oder das Gericht sie im Rahmen der Betreuung oder der Unterbringung erlaubt hat.

4.16.1 Ernährungssonden

Nasensonden waren im Vergleich zu PEG-Sonden zwar leichter und ohne großes Risiko zu legen, allerdings verursachten sie neben einer Behinderung der Nasenatmung bei einigen Patientinnen Irritationen und starke Schmerzen. Alle Patientinnen manipulierten wiederholt an den Sonden, die auch wiederholt durch die Patientinnen entfernt wurden und neu gelegt werden mussten. Ein weiterer Nachteil der Nasensonden ist, dass die aufgenommene Sondennahrung erbrochen werden konnte. Aus diesen Gründen hat sich die Ernährung über Nasensonden bei der Gruppe der schwerst anorexiekranken und behandlungsunwilligen

Patientinnen nicht bewährt und statt Nasensonden wurden PEG-Sonden für die notwendige Ernährung gelegt.

Bei den PEG-Sonden wurden Jejunalsonden verwendet, so dass die Nahrung nicht aus dem Magen erbrochen werden konnte. Lediglich einer Patientin gelang es derart an der PEG-Sonde zu manipulieren, dass diese in den Magen zurückschlug und innerhalb des ersten Behandlungsmonats dreimal endoskopisch neu platziert werden musste. Derselben Patientin gelang es einmal die PEG-Sonde zu entfernen, so dass diese komplett endoskopisch neu gelegt werden musste. Die notwendige Endoskopie bei Fehllagen oder Neulage ist wohl auch der größte Nachteil der PEG-Sonden. Obwohl die meisten Patienten zu Beginn an den PEG-Sonden manipulierten und ein hohes Maß an Überwachung durch das Pflegepersonal notwendig war, konnte die Ernährung nach Überwinden der Anfangsschwierigkeiten vergleichsweise gut und ohne großen Aufwand durch das Pflegepersonal durchgeführt und überwacht werden. Weitere Vorteile der PEG-Sonden sind, dass sie über lange Zeiträume (MW=138,55 Tage) liegen können und dass die Patientinnen durch die langsame und kontinuierliche Sondenkostzufuhr mittels Infusomat selten über Völlegefühl klagten.

Die Anlage einer PEG-Sonde ermöglichte bei der Mehrzahl der Patientinnen eine problemlose Ernährung über Wochen und Monate. Bei den meisten der Patientinnen bildete sich durch die Ernährung über eine PEG die Dynamik, sich gegen die Behandlung aufzulehnen, deutlich zurück. Dieses kann als „Resignation“ und „sich Fügen in das unabwendbare Schicksal zuzunehmen“ angesehen werden. Bei der Mehrzahl der Patientinnen entstand aber auch der Eindruck, dass die quälende Ambivalenz „essen oder nicht essen“ durch die Ernährung, besonders mit Hilfe der PEG, beendet wurde. Die Dauerdebatte um das Essen lässt sich so eindrucksvoll beenden und das hiermit verbundene problematische Agitationsfeld entfällt. Im Behandlungsverlauf wurde mit steigendem Gewicht und zunehmender Fähigkeit, durch Normalkost weiter zuzunehmen, die Sondenkost langsam reduziert, bis sie ganz abgesetzt werden konnte. Da einerseits eine Zunahme für die Entwicklung eines Krankheitsverständnisses und für die Psychotherapiefähigkeit entscheidend ist (19), andererseits sich die Patientinnen oft vehement einer Nahrungsaufnahme verweigern, bietet die Sondenernährung vor allem über PEG-Sonden eine gute Möglichkeit, dennoch eine Zunahme zu realisieren, dadurch die Behandlungsbereitschaft zu verbessern und bei verbesserter Therapiemotivation wieder ein normales Essverhalten zu erlernen.

4.16.2 Gewichtsänderungen nach Absetzen der Sondenkost

Waren die Patientinnen in der Lage, mehr Normalkost zu sich zunehmen, wurde die Sondenkost langsam reduziert, bis sie schließlich abgesetzt werden konnte. Das Absetzen der Sondenkost war ein großer Einschnitt in der Therapie. Viele der Patientinnen nahmen initial an Gewicht ab, wenn diese letzte Hilfestellung wegfiel. Allerdings waren sie sehr stolz, wenn sie ihr Gewicht einzig und allein durch Normalkost halten oder noch steigern konnten. Bei einigen Patientinnen kam es jedoch nicht nur zu einem leichten Gewichtsrückgang, sondern sie verloren teilweise einige Kilogramm (max. 2,30 kg während der ersten sieben Tage und max. 3,15 kg bis zur Entlassung). Da vor dem vollständigen Absetzen der Sondenkost meist nur noch geringe Mengen Sondenkost gegeben wurden, ist dieses Phänomen nicht ausreichend dadurch erklärt, dass die Patientinnen nicht in der Lage waren, die wenigen weggefallenen Kalorien der Sondenkost zusätzlich zu essen. Es scheint vielmehr, dass die Patientinnen nach Wegfall der Ernährung von außen wieder in ihr altes Vermeidungsverhalten verfielen. Eine nachfolgende psychosomatische Behandlung der Patientinnen nach erfolgter „Aufpäppelung“ und Erreichen eines psychotherapiefähigen Zustands ist dringendst notwendig, um wieder ein normales Essverhalten zu erlernen und die gelernte Verhaltensmuster zu festigen.

4.16.3 Gefahren der Sondenernährung

Eine möglicherweise tödliche Komplikation der hochkalorischen Ernährung bei Anorexia nervosa Patienten stellt das „Refeeding Syndrom“ dar, das meist innerhalb von 4 Tagen auftritt (17). Die Folgen reichen von Störungen im Flüssigkeitshaushalt mit Herzversagen, Dehydration oder Überwässerung, Hypotonie, prärenalem Nierenversagen bis zum akuten Vitamin-B1-Mangel mit Wernicke Enzephalopathie, Hypokaliämie und dem plötzlichen Tod der Patienten (17). Risikofaktoren für das Auftreten sind ein BMI < 16 kg/m², länger als 10 Tage sehr geringe Nahrungsaufnahme und/oder eine niedrige Serumkonzentration von Kalium, Phosphat oder Magnesium vor Beginn der Ernährung (27). Alle in dieser Arbeit vorgestellten Patientinnen unterlagen folglich dem Risiko, ein Refeeding Syndrom zu entwickeln. Um die Entwicklung eines Refeeding Syndroms zu vermeiden wurde, wie in der Literatur empfohlen (69), die zugeführte Kalorienmenge langsam über mehrere Tage gesteigert und die Vitalparameter, die Flüssigkeitsbilanz und die Laborwerte der Patientinnen

sorgfältig überwacht, so dass keine der mit Sondenkost ernährten Patientinnen ein Refeeding Syndrom entwickelte.

4.17 Ärztliche Behandlung

Im Rahmen der psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung wurden die Patientinnen intensivst betreut. Es fanden täglich Gespräche mit den Patientinnen statt, in denen auf das Gewicht, die Problematik der Gewichtszunahme und Ernährung, die Angst der Patientinnen zuzunehmen und die damit verbundene Abwehrhaltung und ihre Stimmung eingegangen wurde. Auch wurde die bestehende psychiatrische Komorbidität der Patienten behandelt. Die notwendige Introspektionsfähigkeit, um von einer Psychotherapie profitieren zu können, erreichten die meisten Patientinnen erst nach einer deutlichen Gewichtszunahme. Sind die Patienten psychotherapiefähig, ist eine langfristige Behandlung nach Entlassung aus der Psychiatrischen Klinik unumgänglich, um möglichen seelischen Ursachen der Essstörung auf den Grund zu gehen, diese falls möglich zu beseitigen und Copingstrategien für die Zukunft zu erlernen.

Eine andere Herausforderung bei der Behandlung von schwerst kranken Anorexia nervosa Patienten ist das häufige Auftreten somatischer Komplikationen, woraus sich die Notwendigkeit zu einer engen Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen ergibt. Sind die Patientinnen akut vital gefährdet, wie hier fünfmal bei der Aufnahme der Fall, müssen sie auf einer internistischen Intensivstation behandelt werden. Auch das Legen der PEG-Sonden erfolgt in der Regel durch die Internisten. Da die Position der Jejunalsonden röntgenologisch überprüft werden muss, ist auch eine Radiologische Abteilung notwendig. In der Chirurgischen Klinik wurde einer Patientin eine Thoraxdrainage gelegt, bei einer anderen musste ein Decubitus am Steißbein chirurgisch versorgt werden und die Gynäkologen prüften, ob eine organische Ursache der Amenorrhoe vorlag. Eine Patientin war Lebertransplantiert und die notwendige immunsuppressive Therapie erfolgte in Abstimmung mit den Transplantationsmedizinerinnen. Zwei Patientinnen hatten durch das Erbrechen massive Zahnschäden, die in der Zahnklinik behandelt wurden. Das breite Spektrum anderer medizinischer Fachrichtungen, die an der Behandlung der hier vorgestellten schwerst anorexiekranken und behandlungsunwilligen Patientinnen beteiligt war zeigt, dass die Behandlung dieser speziellen Patientengruppe sehr aufwändig ist und in einer größeren

Klinik, in der entsprechende Therapiemöglichkeiten vorhanden sind, durchgeführt werden sollte.

4.18 Pflegerische Behandlung

Die Pflegerische Behandlung der schwerst anorexiekranken, krankheitsuneinsichtigen und therapieunwilligen Patientinnen gestaltete sich äußerst schwierig und aufwändig. Da die Patientinnen sich oft zu Behandlungsbeginn vehement gegen eine Gewichtszunahme wehrten und dagegen agitierten, mussten sie eng überwacht werden. Andernfalls konnte es sein, dass sie heimlich große Mengen Wasser oder ihren Urin tranken, um beim Wiegen eine Gewichtszunahme vorzutäuschen, die Sondennahrung wegschütteten oder verdünnten oder heimlich erbrechen.

Bei übermäßigem Wassertrinken ist nicht die Vortäuschung eines höheren Gewichts das Hauptproblem. Durch das Trinken mehrerer Liter Wasser am Tag besteht die Gefahr von Elektrolytstörungen, vor allem Hyponatriämien. Diese sind wiederum ein Risikofaktor für die Entstehung einer Zentralen Pontinen Myelinolyse. Neben den üblichen pflegerischen Aufgaben musste das Pflegepersonal regelmäßig nicht nur die Schränke der Patienten auf versteckte Nahrungsmittel, Laxantien und heimlich Erbrochenes durchsuchen, sondern die gesamte Station. Der Drang mancher Patienten, heimlich Nahrungsmittel zu horten, ging sogar so weit, dass sie aus den Schränken anderen Patienten auf der Station Nahrungsmittel entwendeten.

Auch die Unterstützung der Patientinnen während des Essens und die Gabe der Sondenkost waren vor allem zu Therapiebeginn mit einem hohen Maß an Überwachung und Unterstützung durch das Pflegepersonal verbunden, da die meisten Patienten versuchten, heimlich Essen beiseite zu schaffen, an den Ernährungssonden zu manipulieren, sie zu entfernen, den Schlauch zu perforieren oder abzuklemmen und die Sondennahrung mit Wasser zu verdünnen oder durch Wasser zu ersetzen. Der Versuch, die bräunliche Sondenkost durch Wasser zu ersetzen und zu hoffen, dass dieses nicht bemerkt würde, zeigt allerdings, in welchem verzweifelten Zustand sich die Patientinnen angesichts der „drohenden“ Gewichtszunahme befanden. Mit zunehmendem Körpergewicht besserte sich das manipulative Verhalten der Patientinnen und sistierte schließlich.

4.19 Medikamentöse Therapie

Da es für Anorexia nervosa keine alleinige medikamentöse Therapie gibt, richtete sich die Medikation der schwerst anorexiekranken und behandlungsunwilligen Patientinnen nach deren Begleiterkrankungen. Bei der Wahl der Antidepressiva wurden SSRI, Mirtazapin und Olanzapin bevorzugt, da es Hinweise gibt, dass diese Medikamente den Appetit der Patienten steigern können (39) und SSRI nach erfolgter Gewichtszunahme eine erneute Abnahme verhindern können (43).

4.20 Kraniales MRT

Zwei der schwerst anorexiekranken und behandlungsunwilligen Patientinnen hatten im kranialen MRT den Befund einer Zentralen Pontinen Myelinolyse. Bei einer Kontrolluntersuchung vor der Entlassung war dieser Befund bei beiden Patientinnen unverändert vorhanden. Da nicht nur ein zu schneller Elektrolytausgleich (48) sondern auch Hypokaliämie (8) und schwere Kachexie (48) ein Risikofaktor für die Entstehung darstellen, sollten schwerst kranke Anorexie Patienten frühzeitig behandelt werden, um diese schwere und potentiell tödliche Folge der Nahrungsverweigerung zu vermeiden.

4.21 HAWIE-R

Die hier vorgestellten schwerst anorexiekranken und behandlungsunwilligen Patientinnen hatten bei Aufnahme einen durchschnittlichen Gesamt-IQ von 106, der nach Behandlung und Gewichtszunahme auf 114,5 stieg.

In wie weit ein starkes Untergewicht Einfluss auf neuropsychologische Leistungen hat, ist noch nicht abschließend geklärt. (28, 45, 56). Anorexie Patienten zeigen eine Tendenz, sich in den Tests auf Kosten der Gesamtinformation auf Details zu fokussieren. Dies könnte ihre zwanghafte Beschäftigung mit Details erklären und einen wichtigen Ansatzpunkt für die psychotherapeutische Behandlung bieten (28). Interessant ist auch, dass Watson bei unfreiwillig hospitalisierten Patienten (Gesamt-IQ 91,0, Verbalteil 92,4, Handlungsteil 91,4) signifikant niedrigere Testergebnisse als bei freiwillig hospitalisierten Patienten (Gesamt-IQ 98,3, Verbalteil 98,3, Handlungsteil 99,0) fand. Bei den hier vorgestellten Patientinnen konnten deutliche Unterschiede zwischen einer HAWIE-R Testungen vor (Gesamt-IQ 106,0) und einer weiteren nach Gewichtszunahme (Gesamt-IQ 114,5) beobachtet werden. Vor allem

im Handlungsteil schnitten die Patientinnen nach einer Gewichtszunahme besser ab (102,5 vs. 113,9), aber auch im Verbalteil verbesserten sich die meisten Patientinnen (116,8 vs. 111,8).

4.22 Weiterbehandlung

Um längerfristige Therapieerfolge zu erzielen, ist die Weiterbehandlung der schwerst anorexiestore Patientinnen in psychosomatischen Spezialeinrichtungen ein zentraler Punkt der hier vorgestellten Therapie. Eine allgemeinpsychiatrische Station kann in der Therapie behandlungswilliger Anorexiestore Patienten nicht das leisten, was eine Spezialklinik leisten kann, in der es neben unterschiedlichen Psychotherapieangeboten auch speziell für Anorexiestore Patienten abgestimmte Kurse gibt, in denen das richtige Ernährungs- und Einkaufsverhalten gelehrt und eingeübt wird. Im Rahmen der Therapie in der Psychiatrischen Klinik ging es vor allem darum, die Patienten überhaupt zu befähigen, von einer psychotherapeutischen oder psychosomatischen Behandlung profitieren zu können, da sie dies in einem stark untergewichtigen Zustand nicht können (7, 19). Die Psychotherapiefähigkeit stellte sich bei den meisten Patientinnen nur langsam und bei fortgeschrittener Gewichtszunahme ein, so dass erst spät im Behandlungsverlauf mit einer konstruktiven Psychotherapie begonnen werden konnte und es klar war, dass diese noch über einen längeren Zeitraum nach der Entlassung fortgesetzt werden muss. Leider ist es nicht gelungen, alle Patientinnen von der Notwendigkeit einer weiteren intensiven Therapie zu überzeugen. Vier Patientinnen konnten sich nicht für eine Therapie in einer psychosomatischen Klinik oder therapeutischen Wohngemeinschaft entscheiden, sondern wählten eine ambulante Weiterbehandlung. Es ist leider davon auszugehen, dass der abrupte Wechsel aus dem eng überwachten Bereich einer geschlossenen psychiatrischen Station nach Hause, wo es keine Unterstützung bei der Nahrungszubereitung und –aufnahme gibt und die Patientinnen unbeobachtet und ohne Eingreifen von außen ihren pathologischen Verhaltensmustern wie Sport oder exzessives Trinken nachgehen können, zu einer erneuten Zustandsverschlechterung führt.

4.23 Ausblick

Es ist leider davon auszugehen, dass die Prävalenz und Inzidenz von Essstörungen in den nächsten Jahren weltweit weiter zunehmen wird. Während ein Großteil der Bevölkerung immer dicker wird (12), nimmt gleichzeitig die Zahl der extrem Dünnen zu. Die Zunahme

von Anorexia nervosa in Ländern wie Iran, Südafrika und China lässt einen Zusammenhang zwischen westlichen Lebensstil und dem Auftreten von Anorexia nervosa vermuten (50, 61, 75) und mit zunehmender Adaption des westlichen Lebensstils mit den westlichen Schönheitsidealen dürfte auch die Prävalenz von Essstörungen zunehmen. Hierfür spricht auch, dass es in China große Unterschiede zwischen Ballungsräumen, wie Hong Kong und ländlichen Regionen, wie Hunan, gibt. Studentinnen in Hong Kong waren durchschnittlich dünner als in Hunan und strebten einen niedrigeren BMI an (51). Es wird vermutet, dass die zunehmende Exposition westlicher Einflüsse hierfür verantwortlich ist. Wer in einer aufstrebenden, sich den westlichen Nationen im Lebensstandard und Lebensstil annähernden Gesellschaft anerkannt sein möchte, versucht, den westlichen Schönheitsidealen zu entsprechen und dünn zu sein. Auch in den USA gibt es, in Abhängigkeit der ethischen Zugehörigkeit, Unterschiede in der Prävalenz von Essstörungen (59).

All dies legt eine große soziokulturelle Komponente in der Krankheitsentstehung nahe. Ein Hauptfaktor dürfte dabei das von Film und Werbung propagierte Frauenbild sein, in dem eine Frau nur dann glücklich und erfolgreich sein kann, wenn sie gut aussieht und sehr dünn ist. Hatten Schauspielerinnen und Schönheitsideale, wie Marilyn Monroe, noch bis in die 60er Jahre des 20. Jahrhunderts Kleidergröße 40, haben erfolgreiche Schauspielerinnen und Modevorbilder heute eher eine knabenhafte Figur (z.B. Kira Knightly, Nicole Richie). Auch die Laufstegmodels werden immer dünner und nur langsam setzt sich die Erkenntnis durch, dass junge Mädchen durch sehr dünne Vorbilder gefährdet sein könnten. Im August 2006 war ein uruguayisches Model während einer Modenschau an einem Herzinfarkt verstorben. In den Monaten vor ihrem Tod habe sie laut ihrer Familie eine strenge Diät eingehalten und 12 kg abgenommen. Als eine Folge dieses Todesfalles durften bei der Madrider Modewoche erstmals nur Models mit einem BMI über 18 teilnehmen und in Europa wird seither diskutiert, ein einheitliches Mindestgewicht für Models einzuführen. Bisher ohne Erfolg. Das gesundheitspolitische Ziel muss jedoch eine Primärprävention sein. Es sollte nicht erst nach Auftreten erster Symptome gehandelt werden, sondern junge Mädchen sollten gar nicht erst in Versuchung geführt werden, stark untergewichtigen Vorbildern in Mode und Film nachzueifern. Solange die Gesellschaft jungen Mädchen und Frauen suggeriert, dass Glück und Erfolg nur dann möglich sind, wenn man möglichst dünn ist und die Gefahren des Untergewichts verschwiegen oder verharmlost werden, ist mit keiner Trendwende zu rechnen. Umso wichtiger ist es, erkrankten Personen frühzeitig professionelle Hilfe

zukommen zu lassen. Soll man einer magersüchtigen Patientin erlauben, sich zu Tode zu hungern, obwohl die hohe Sterblichkeitsrate bekannt ist, soll man wegschauen und die Patienten einfach sich selbst überlassen? Soll man diesen Patienten die Entscheidung, eine Therapie abzulehnen überlassen, obwohl man weiß, dass sie Bedeutung, Wesen und Tragweite ihrer Erkrankung nicht erfassen können? Nein! Die Einsicht, der eigenen Gesundheit durch das schwer gestörte Essverhalten massiven Schaden zuzuführen, sich sogar in Lebensgefahr zu begeben, fehlt krankheitsbedingt oft völlig oder wird billigend in Kauf genommen. Pro Ana (pro Anorexia nervosa) Gruppen sehen Anorexie als Lebenseinstellung. Mitglieder tauschen sich im Internet darüber aus, wie man am besten erbricht, wetteifern, wer am wenigsten Kalorien aufnimmt und tauschen Fotos voneinander aus. Regeln dieser sektenähnlichen Gruppen schwerst kranker Anorexie Patienten lauten unter anderem:

- Dünn sein ist wichtiger als gesund sein.
- Ich darf nicht essen ohne mich schuldig zu fühlen!
- Ich darf nichts essen ohne danach Gegenmaßnahmen zu ergreifen!
- Du bist niemals zu dünn!
- Dünn sein und Nahrungsverweigerung sind Zeichen wahrer Willenstärke und Erfolgs!

In diesen Regeln wird dazu aufgefordert, um jeden Preis dünn zu sein, koste es was es wolle. Auch geht es um Kontrolle, Macht und Schuld. Die Mitgliedschaft in diesen Gruppen ist exklusiv. Um aufgenommen zu werden muss man schwerst anorexiestkrank sein. Die Inhalte der Internetforen dieser Gruppen werden von Jugendschutz.net, einer Überwachungseinrichtung der Bundesländer, als schwer jugendgefährdend eingestuft. Die Regeln wurden von und für schwerst kranke Anorexie Patienten gemacht. Diese Patienten sind offenbar nicht in der Lage, die tödliche Bedrohung durch die Krankheit in ein realistisches Verhältnis zu ihrem Bedürfnis nach Schlankheit zu setzen und sehen sich selbst, trotz objektiver Befunde, nicht in Lebensgefahr oder verdrängen diese zum Erreichen ihres Ziels, dünn zu sein. Für diese Patienten sollte daher, wie durch das Betreuungsrecht vorgesehen, eine gesetzliche Betreuung eingerichtet und damit die Zuführung zu einer ärztlichen Behandlung gesichert werden. Obwohl eine Behandlung auf Grundlage des Betreuungsrechts mit erheblichen Einschnitten in die Autonomie und Privatsphäre der Patienten verbunden ist und die Indikation zur Anwendung streng gestellt werden muss und nur eine ultima ratio darstellen kann, ist eine solche Behandlung der Alternative einer Nicht-Behandlung in jedem Fall vorzuziehen. Ob und in wie weit durch das hier vorgestellte

Behandlungskonzept eine langfristige Veränderung des Krankheitsverlaufes erreicht werden kann, muss im Rahmen von regelmäßigen Nachuntersuchungen der Patientinnen geklärt werden. Unabhängig davon ist eine durchschnittliche Gewichtszunahme von 12,44 kg bei der hier vorgestellten Subgruppe schwerst anorexiekranker und therapieunwilliger Patientinnen als großer Behandlungserfolg anzusehen.

5 Zusammenfassung

Anorexia nervosa ist eine psychische Störung, die durch absichtlichen selbst herbeigeführten Gewichtsverlust charakterisiert ist und primär bei jungen Frauen auftritt. Besonders bei chronischen Krankheitsverläufen oder bei einem Body-Mass-Index kleiner 12 kg/m^2 muss mit lebensbedrohlichen Zuständen und einer Sterblichkeit von über 20 % gerechnet werden. Oft werden die akut vital gefährdeten Patienten in internistischen Intensivstationen aufgenommen und notfallmäßig behandelt. Sind die Patienten therapiebereit, können sie in Psychiatrische/Psychosomatische/Psychotherapeutische Kliniken verlegt und dort weiterbehandelt werden. Akzeptieren die Patienten jedoch krankheitsbedingt keine weiterhin notwendigen Behandlungsmaßnahmen, stellt sich die Frage, ob sie im Sinne des Betreuungsrechts noch „ihre eigenen Angelegenheiten“ besorgen können.

In dieser Arbeit wird der Frage nachgegangen, ob und in wie weit es für schwerst anorexielkranke und therapieunwillige Patienten unter Nutzung des Betreuungsrechtes möglich ist, eine Therapiekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die Patienten im Rahmen eines geschlossen-stationären psychiatrischen Aufenthaltes soweit behandelt werden, dass sie nach einer ausreichenden Gewichtszunahme willens und in der Lage sind, an einer anschließenden Weiterbehandlung in einer psychosomatischen Klinik teilzunehmen. Hierfür wurden die Therapieverläufe von 25 schwerst anorexielkranke und behandlungsunwilligen Anorexia nervosa Patientinnen, die nach diesem Konzept behandelt wurden ausgewertet.

Bei der Aufnahme hatten diese Patientinnen einen BMI von $12,09 \pm 1,51 \text{ kg/m}^2$. Nur vier (16 %) Patientinnen willigten nach langen therapiemotivierenden Gesprächen freiwillig in die Behandlung ein. Von den 21 (84 %) Patientinnen, die eine Behandlung verweigerten, waren zwei minderjährig und wurden zeitweise familienrechtlich untergebracht. Für 19 (76 %) Patientinnen bestand während der Behandlung eine rechtliche Betreuung. Von diesen wurden 11 zeitweise betreuungsrechtlich untergebracht, da sie trotz ihres vital gefährdeten Zustands jedwede Therapiemaßnahmen verweigerten und auf eine sofortige Entlassung bestanden. Um die notwendige Gewichtszunahme zu erreichen, wurde den Patientinnen neben der Normalkost hochkalorische Sondenkost angeboten. Zwei (8 %) Patientinnen konnten alleine durch Normalkost zunehmen. Eine (4 %) Patientin trank zusätzlich Sondenkost. 22 (88 %) Patientinnen waren nicht in der Lage, ausschließlich durch orale Nahrungsaufnahme zuzunehmen und ihnen musste eine Ernährungssonde gelegt werden. Zwei Patientinnen

wurde eine Nasensonde gelegt, vier Patientinnen wurde erst eine Nasensonde und anschließend eine PEG-Sonde (Perkutane endoskopische Gastrostomie mit Jejunalsonde) gelegt und 16 Patientinnen nur eine PEG-Sonde gelegt. Die meisten Patientinnen wehrten sich anfangs gegen eine Gewichtszunahme und manipulierten an den Sondenanlagen. Mit steigendem Körpergewicht ließ dieses Verhalten nach und es kam zu einer Besserung sowohl der somatischen als auch psychiatrischen Komorbidität (vor allem der Depressionen) der Patientinnen. Nach einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von $158 \pm 68,6$ Tagen und einer Gewichtszunahme von $12,44 \pm 4,17$ kg, konnten die Patienten einem mittleren BMI von $16,74 \pm 1,21$ kg/m² in eine selbst gewählte Weiterbehandlung entlassen werden. Diese erfolgte bei 15 Patientinnen in einer Psychosomatischen Klinik, bei je einer Patientin in einem Bezirkskrankenhaus bzw. einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik, bei fünf Patientinnen in einer therapeutischen Wohngemeinschaft und drei Patientinnen entschlossen sich zu einer ambulanten Weiterbehandlung.

Im Rahmen dieser Arbeit konnte gezeigt werden, dass es unter Nutzung des Betreuungsrechts möglich ist, schwerst anorexiekrankte und behandlungsunwillige Patientinnen mit vital gefährdendem Krankheitsverlauf unter geschlossen-psychiatrischen Bedingungen längerfristig zu behandeln und den gesundheitlichen Zustand der Patientinnen soweit zu bessern, dass eine anschließende freiwillige psychosomatische/psychotherapeutische Behandlung erfolgen kann. Allerdings muss nochmals betont werden, dass eine Behandlung gegen den Willen der Patienten ausschließlich bei schwerst anorexiekranken und behandlungsunwilligen Patienten gerechtfertigt und sinnvoll ist. Ob und wie weit eine langfristige Veränderung des Krankheitsverlaufes mit den hier vorgestellten Therapiemaßnahmen erreichbar ist, muss in einer Nachuntersuchung der Patientinnen geklärt werden. In jedem Falle stellt die erreichte Gewichtszunahme von 12,44 kg bei der vorgestellten Subgruppe schwerst anorexiekranker und therapieunwilliger Patienten einen großen Behandlungserfolg dar.

6 Anhang

6.1 Tabellenanhang

Pat. Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Rechtsgrundlage bei Aufnahme	B	freiwillig	freiwillig	freiwillig	B/U	freiwillig	freiwillig	freiwillig	freiwillig	B	bayer. U	freiwillig	freiwillig	freiwillig	B	freiwillig	B	freiwillig	B	freiwillig	freiwillig	freiwillig	B	freiwillig	freiwillig

Tab. 1 Rechtsgrundlage bei Aufnahme

B: Betreuung; U: betreuungsrechtliche Unterbringung; bayer. U: Unterbringung nach bayerischem Unterbringungsgesetz

Pat. Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	MW	SD	min.	max.
Alter [Jahre]	18	28	24	19	22	38	19	24	22	39	29	17	24	22	19	22	20	26	23	20	20	17	21	16	21	23	5,7	16	39

Tab. 2 Alter bei Aufnahme

Pat. Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	MW	SD	min.	max.
Größe [m]	1,70	1,46	1,57	1,60	1,60	1,62	1,77	1,78	1,66	1,66	1,64	1,57	1,69	1,60	1,70	1,61	1,67	1,69	1,54	1,50	1,49	1,64	1,70	1,70	1,71	1,63	0,08	1,46	1,78

Tab. 3 Größe bei Aufnahme

Pat. Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	MW	SD	min.	max.
KG Aufn. [kg]	35,50	26,30	32,50	33,20	26,20	32,20	34,20	38,35	32,50	32,55	33,50	35,00	32,00	37,80	25,55	29,85	40,00	29,25	26,25	29,45	22,60	35,15	32,40	43,05	32,90	32,33	4,77	22,60	43,05

Tab. 4 Körpergewicht bei Aufnahme

Pat. Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	MW	SD	min.	max.
BMI Aufn. [kg/m²]	12,28	12,34	13,19	12,97	10,23	12,27	10,92	12,10	11,79	11,81	12,49	14,20	11,20	14,77	8,84	11,52	14,34	10,24	11,07	13,09	10,18	13,07	11,21	14,90	11,25	12,09	1,51	8,84	14,90

Tab. 5 BMI bei Aufnahme

Pat. Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	MW	SD	min.	max.
HF Aufn. [Schläge/min]	88	100	60	44	56	86	49	64	59	60	53	120	64	57	38	72	105	56	88	86	70	43	64	68	64	69	20	38	120

Tab. 6 Herzfrequenz bei Aufnahme

Pat. Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	MW	SD	min.	max.
diast. RR Aufn. [mmHg]	70	65	50	60	60	60	65	90	70	60	65	55	80	75	60	65	70	60	60	60	55	65	70	60	55	64,20	8,62	55	90
syst. RR Aufn. [mmHg]	90	100	70	80	95	80	90	135	100	90	90	95	100	105	90	95	100	90	100	80	85	120	110	90	85	94,60	20,34	38	120

Tab. 7 Blutdruck bei Aufnahme

Pat. Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Zuverlegt von	Med. Klinik	Med. Klinik	Psychosom.	Psychosom.	Med. Klinik	Med. Klinik	Med. Klinik	Psychosom.	Psychosom.	Med. Klinik	Psychosom.	Med. Klinik	zu Hause	zu Hause	Psychosom.	zu Hause	Med. Klinik	Psychosom.	zu Hause	zu Hause	zu Hause	Psychosom.	Psychosom.	Psychosom.	Psychosom.

Tab. 9 Patientin zuverlegt aus / von

Pat. Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	MW	SD	min.	max.
Erkrankungsdauer [Jahre]	1	11	8	6	9	20	5	7	6	21	4	2	12	9	3	3	7	3	9	8	9	5	7	3	4	7,28	4,89	1	21

Tab. 10 Bisherige Erkrankungsdauer

Pat. Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Rechtsgrundlage während Behandlung	B	B	B/U	B	B/U	B/U	B/U	B/U	B	B/U	B/U	famU	freiwillig	B/U	B	freiwillig	B	B/U	B	freiwillig	B/U	freiwillig	B	famU	B/U

Tab. 14 Rechtsgrundlage während der Behandlung

B: rechtliche Betreuung; U: betreuungsrechtliche Unterbringung; famU: familienrechtliche Unterbringung

Pat Nr	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	MW	SD	min.	max.
Behandlungsdauer [Tg]	102	147	344	295	263	98	131	147	74	155	178	124	98	178	193	104	127	262	114	70	132	145	182	166	126	158,20	68,56	70	344

Tab. 15 Behandlungsdauer in der Psychiatrischen Klinik der LMU

Pat. Nr	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	MW	SD	min.	max.
Gewichtsverände/7 Tage [kg]	0,98	0,65	0,20	0,20	0,49	0,69	0,88	0,70	1,56	0,72	0,51	0,70	1,34	0,11	0,48	0,59	0,50	0,51	0,86	0,86	0,60	0,48	0,55	0,18	0,73	0,64	0,33	0,11	1,56

Tab. 16 Gewichtsentwicklung / 7 Behandlungstage [kg]

Pat. Nr	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	MW	SD	min.	max.
BMI-Veränd./7 Tage [kg/m ²]	0,34	0,31	0,08	0,08	0,19	0,26	0,28	0,22	0,57	0,26	0,19	0,28	0,47	0,04	0,17	0,23	0,18	0,18	0,36	0,38	0,27	0,18	0,19	0,06	0,25	0,24	0,12	0,04	0,57

Tab. 17 Veränderung des BMI / 7 Behandlungstage

Pat. Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	MW	SD	min.	max.
Gewichtsänd. 7d nach Absetz. Sondenkost	0,40	-0,80	-0,33	0,40	0,80	0,55	0,35	-0,85	0,90	-0,10	-1,35	Keine SK	0,80	-1,70	Entlassung unter SK	Entlassung unter SK	0,30	-1,45	0,20	Keine SK	-0,40	Entlassung unter SK	-2,30	-0,85	0,55	-0,24	0,93	-2,30	0,90

Tab. 20 Gewichtsänderung 7 Tage nach Absetzen der Sondenkost [kg]

Keine SK: Pat. hat keine Sondenkost bekommen; Entlassung unter SK: Pat. wurde entlassen als sie noch Sondenkost erhielt.

Pat. Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	MW	SD	min.	max.
BMI-Änderung [kg/m ²]/7Tage nach Absetz. SK	0,14	-0,37	-0,14	0,16	0,31	0,21	0,11	-0,27	0,32	-0,04	-0,50	Keine SK	0,28	-0,66	E unter SK	E unter SK	0,11	-0,50	0,09	Keine SK	-0,18	E unter SK	-0,80	-0,29	0,19	-0,09	0,34	-0,80	0,32

Tab. 21 BMI-Änderung 7 Tage nach Absetzen der Sondenkost

Pat. Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	MW	SD	min.	max.
Dauer Nasensonden-Lage [Tage]	21	15	1	/	3	/	2	/	17	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	9,83	8,82	1	21

Tab. 22 Dauer der Nasensondenlage

Pat. Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	MW	SD	min.	max.
Dauer PEG-Lage [Tage]	/	/	308	/	200	85	113	81	53	113	126	/	86	161	196	92	90	250	95	/	126	144	179	150	123	138,55	62,85	53	308

Tab. 23 Dauer der PEG-Anlage

Pat. Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Rechtsgrundlage bei Entlassung	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	/	/	B	/	/	/	B	B	/	B	/	B	/	B

Tab. 25 Rechtsgrundlage bei Entlassung

B: rechtliche Betreuung, /: keine rechtliche Betreuung

Pat. Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	MW	SD	min.	max.
KG Entl. [kg]	49,80	40,05	42,55	41,80	44,70	41,90	50,60	52,70	49,00	48,60	46,55	47,40	50,70	40,65	38,75	38,65	49,10	48,45	40,30	38,05	34,00	45,10	46,80	47,25	46,00	44,78	4,83	34,00	52,70

Tab. 26 Körpergewicht [kg] bei Entlassung

Pat. Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	MW	SD	min.	max.
BMI Entl. [kg/m ²]	17,23	18,79	17,26	16,33	17,46	15,97	16,15	16,63	17,78	17,64	17,31	19,23	17,75	15,88	13,41	14,91	17,61	16,96	16,99	16,91	15,31	16,77	16,19	16,35	15,73	16,74	1,21	13,41	19,23

Tab. 27 BMI bei Entlassung

Pat. Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	MW	SD	min.	max.
Gewichtszunahme [kg]	14,30	13,75	10,05	8,60	18,50	9,70	16,40	14,35	16,50	16,05	12,97	12,40	18,70	2,85	13,20	8,80	9,10	19,20	14,05	8,60	11,40	9,95	14,40	4,20	13,10	12,44	4,17	2,85	19,20

Tab. 28 Gewichtszunahme während der Behandlung [kg]

Pat. Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	MW	SD	min.	max.
BMI-Zunahme	4,95	6,45	4,08	3,36	7,23	3,70	5,23	4,53	5,99	5,82	4,85	5,03	6,55	1,11	4,57	3,39	3,26	6,72	5,92	3,82	5,13	3,70	4,98	1,45	4,48	4,65	1,50	1,11	7,23

Tab. 29 BMI-Zunahme während der Behandlung [kg/m²]

Pat. Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	MW	SD	min.	max.
HF Entl. [Schläge/min]	96	100	81	64	67	114	96	87	90	72	76	98	87	80	102	100	105	76	83	90	80	76	103	72	93	87,52	13,06	64	114

Tab. 30 Herzfrequenz bei Entlassung

Pat. Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	MW	SD	min.	max.
syst. RR Entl. [mmHg]	110	115	98	90	120	102	105	115	150	90	100	110	110	100	110	95	100	110	90	105	80	105	125	110	115	106,40	13,82	80	150
diast. RR Entl. [mmHg]	70	80	75	50	80	68	65	65	85	60	80	60	65	65	75	60	65	65	65	60	60	65	60	70	70	67,32	8,16	50	85

Tab. 31 Blutdruck bei Entlassung

Pat. Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Anschlußbehandlung	WG	WG	Psychosom.	WG	WG	amb.	Psychosom.	Psychosom.	amb.	Psychosom.	Psychosom.	Psychosom.	WG	Psychosom.	amb.	BKH	Psychosom.	Psychosom.	Psychosom.	Psychosom.	amb.	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Psychosom.	Psychosom.	Psychosom.

Tab. 33 Anschlußbehandlung der Patientinnen

WG: therapeutische Wohngemeinschaft; Psychosom: Psychosomatische Klinik; amb: ambulante Weiterbehandlung; BKH:

Bezirkskrankenhaus

6.2 Kasuistiken

Die Einzelkasuistiken gliedern sich in die drei großen Bereiche

- Aufnahme
- Behandlung und Verlauf
- Entlassung und Weiterbehandlung

In dem Kapitel Aufnahme wird der Anlass und die Rechtsgrundlage bei Aufnahme sowie der psychopathologische und somatische Aufnahmebefund, die Anamnese und die bisher erfolgten Behandlungen dargelegt.

In dem Kapitel Behandlung und Verlauf werden die Rechtsgrundlage und Dauer der Behandlung, die Gewichtsentwicklung während der Behandlung, die Behandlungsmaßnahmen durch Ärzte und Pflegepersonal, die Ernährung, die medikamentöse Therapie sowie die Resultate fakultativer Zusatzuntersuchungen erläutert.

In dem Kapitel Entlassung und Weiterbehandlung werden schließlich die Rechtsgrundlage bei Entlassung, der psychopathologische und somatische Entlassungsbefund sowie die geplante Weiterbehandlung der Patientinnen dargestellt.

6.2.1 Patientin 1

6.2.1.1 Aufnahme Patientin 1

Anlass der Aufnahme

Die Patientin wurde auf Anregung ihrer Betreuerin aus einer Medizinischen Klinik, in der sie wegen einer vital gefährdenden Anorexia nervosa intravenös ernährt werden musste, in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt.

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Bei der Patientin bestand zum Aufnahmezeitpunkt seit einem Monat eine gesetzliche Betreuung. Die Betreuerin konnte die Patientin zu dem freiwilligen Verbleib und zur Einwilligung in die Behandlung bewegen (Abb. 59).

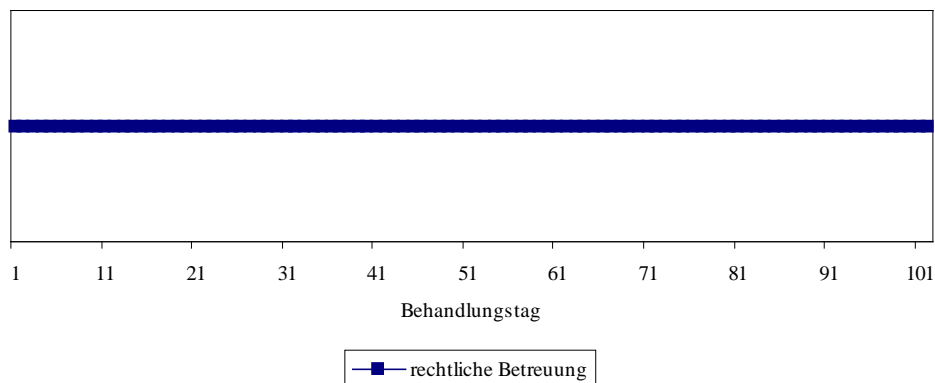


Abb. 59 Rechtsgrundlage der Behandlung Patientin 1

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Die Patientin war bewusstseinsklar und allseits orientiert, formale oder inhaltliche Denkstörungen sowie psychotische Ich-Störungen lagen nicht vor. Die Patientin wirkte im Affekt dysphorisch und etwas gereizt. Es imponierte ein kindlich-trotziges, unreifes Verhalten. Von Suizidalität war die Patientin glaubhaft distanziert. Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft waren eingeschränkt vorhanden.

Somatischer Aufnahmebefund

Die 18-jährige Patientin war 1,70 m große und wog 35,50 kg. Der BMI betrug 12,28 kg/m².

Die Herzfrequenz lag bei 88 Schlägen/min, der Blutdruck bei 90/70 mmHg.

Das am Aufnahmetag abgeleitete EKG und EEG waren unauffällig.

Im Labor zeigte sich eine Leukopenie (3,39 /nl), eine Anämie (Erythrozyten 2,81/pl, Hb 10,1 g/dl, Hk 29,6 %) und eine Hypokaliämie (3,1 mmol/l).

Zuverlegung

Die Patientin wurde aus einer Medizinischen Klinik zuverlegt.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Die Patientin sei seit einem Jahr krank. Sie habe in den letzten 12 Monaten über 20 kg abgenommen und sei fünfmal in stationärer Behandlung gewesen, zweimal davon in einer Medizinischen Klinik, dreimal in einer Klinik für Jugendpsychiatrie. Einmal habe sie kurz nach der stationären Aufnahme versucht, sich durch das Trinken von WC-Reiniger das Leben zu nehmen. Seit einem Monat habe sie eine Betreuerin. Aktuell wurde die Patientin auf

Anregung der Betreuerin aus einer medizinischen Abteilung, in der sie intravenös ernährt wurde, in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt.

Biographische Anamnese

Patientin 1 war 18 Jahre alt und sei als zweites von vier Kindern eines Zimmerers und einer Hausfrau geboren worden. Sie sei ein erwünschtes Kind gewesen. Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung seien unauffällig gewesen. Nach dreijährigem Besuch des Kindergartens sei sie regelrecht eingeschult worden und habe die Schule nach neun Jahren mit dem qualifizierten Hauptschulabschluss beendet und eine Ausbildung zur Einzelhandelskauffrau begonnen. Der Ausbildungsbetrieb habe das Ausbildungsverhältnis vorzeitig beendet.

Sexualanamnese

Erste sexuelle Erfahrungen habe die Patientin mit 16 Jahren gemacht, sexuelle Gewalt habe sie nie erfahren.

Psychiatrische Familienanamnese

Es liegen keine bekannten psychiatrischen Erkrankungen vor.

Somatische Anamnese

Es besteht eine Hereditäre Sphärozytose. Ihre Menarche habe die Patientin im Alter von 15 Jahren bekommen, in Folge ihrer Erkrankung sei es vor circa einem Jahr zum Ausbleiben der Menstruation gekommen.

Vorbehandlungen

Im Zusammenhang mit ihrer Essstörung war die Patientin bisher dreimal in einer Psychiatrischen Klinik und zweimal in einer Medizinischen Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Eine ambulante Therapie habe nicht stattgefunden.

6.2.1.2 Behandlung und Verlauf Patientin 1

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Bei der Patientin bestand während der gesamten Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU eine gesetzliche Betreuung. Die Betreuerin konnte die Patientin zu dem freiwilligen Verbleib und zur Einwilligung in die Behandlung bewegen (Abb. 59).

Therapiedauer

Patientin 1 wurde 102 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Nach anfänglichen Gewichtszunahmen von 35 auf 37 kg kam es zu einer Gewichtsreduktion unter das Aufnahmegewicht und eine Nasensonde wurde gelegt. Mit der vorübergehenden Ernährung über eine Nasensonde und durch das Trinken von Sondenkost konnte die Patientin regelmäßig Gewicht zunehmen. Insgesamt um 14,30 kg auf 49,80 kg (Abb. 60).

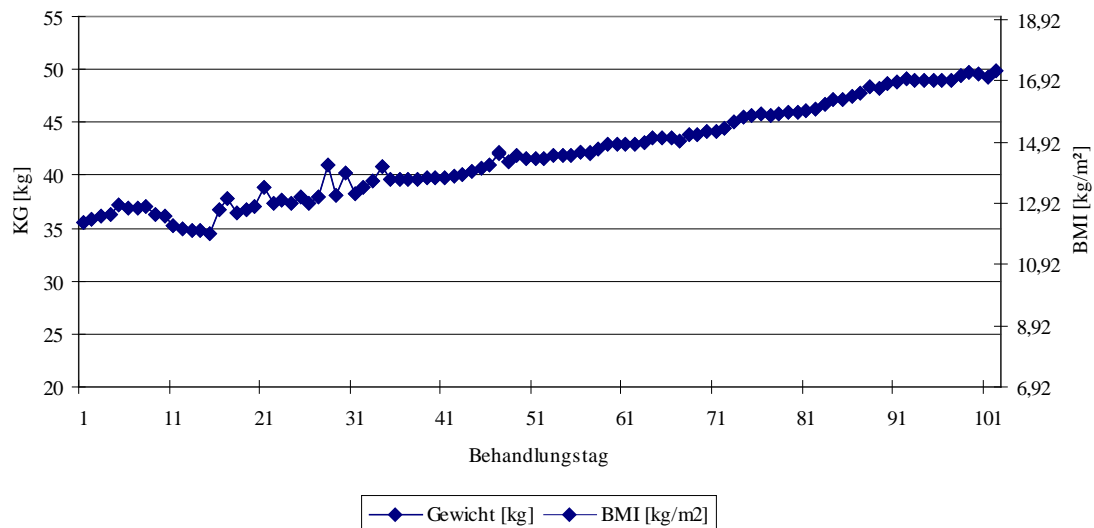


Abb. 60 Gewichtsentwicklung Patientin 1

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg während der Behandlung von 12,28 kg/m² auf 17,23 kg/m² bei der Entlassung (Abb. 60).

Ärztliche Behandlung

Für die Patientin wurde ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil und im Verlauf besserte sich die Therapiemotivation deutlich. In den Gesprächen gab sie bei einem Gewicht von 41 kg an, sich für eine Gewichtszunahme und „für das Leben“ entschieden zu haben. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung und Art und Menge der Sondenkost fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an.

Pflegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und die Sondenkost und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Das Zimmer der

Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht.

Ernährung

Ausgehend von 35,50 kg nahm die Patientin 1,50 kg an Gewicht zu, verweigerte aber ab dem 8. Behandlungstag eine ausreichende Nahrungsaufnahme. Daher wurde am 11. Behandlungstag bei einem Gewicht von 35,30 kg mit Zustimmung der Betreuerin eine Nasensonde gelegt. Die täglich durch Sondenkost (Fresubin original fibre® 500 kcal/500 ml, Fresubin energy fibre® 750 kcal/500 ml, Salvimulsin MCT® 800 kcal/500ml) zugeführte Kalorienmenge lag zwischen 500 und 3200 kcal (Abb. 61), wobei die Patientin die Sondenkost auch trank. Zu Beginn manipulierte die Patientin wiederholt an der Sonde. Die Nasensonde musste nach 21 Tagen bei einem Gewicht von 38,20 kg (BMI 13,22 kg/m²) entfernt werden, da es zu einer Pharyngitis durch mechanische Irritation und zu behinderter Nasenatmung mit begleitender Lymphadenitis gekommen war. Die Gewichtszunahme in diesem Zeitraum betrug 2,90 kg. Da die Patientin in der Lage war, ausreichend Sondenkost zu trinken, wurde auf das erneute Legen einer Nasensonde verzichtet. Im Verlauf besserte sich die Therapiebereitschaft zunehmend und da die Patientin zunehmend an den Mahlzeiten teilnahm, konnte die Sondenkost stufenweise von 3200 kcal/d reduziert und nach 79 Tagen (KG 48,6 kg, BMI 16,82 kg/m²) abgesetzt werden. Bei einem Gewicht von 40,9 kg (BMI 14,15 kg/m²) berichtete die Patientin, sich für eine Gewichtszunahme und „für das Leben“ entschieden zu haben.

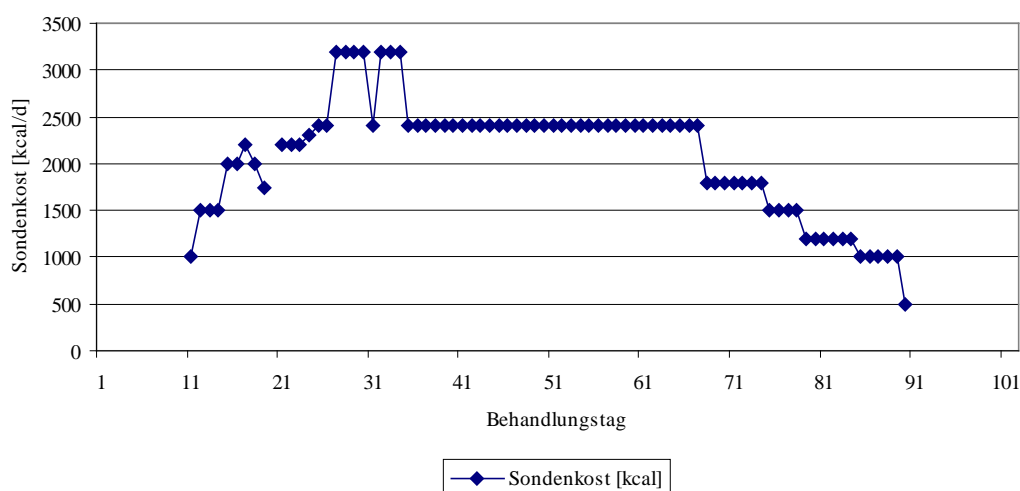


Abb. 61 Sondenkost Patientin 1

Medikamentöse Behandlung

Die bei Aufnahme bestehende Hypokaliämie wurde unter Kontrolle der Elektrolyte mit Kaliumchlorid 20 – 60 mmol/Tag, die sekundäre Amenorrhoe mit Cyclo-Progynova® Dragees als Dauermedikation behandelt.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

Ein kraniales MRT wurde nicht durchgeführt.

HAWIE-R

Am 82. Behandlungstag wurde bei einem Gewicht von 46,3 kg (BMI 16,02 kg/m²) ein HAWIE-R durchgeführt. Die Patientin hatte einen Gesamt-IQ von 109, im Verbalteil 105 und im Handlungsteil 114.

6.2.1.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 1

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die bereits vor Aufnahme in der Psychiatrischen Klinik der LMU bestehende gesetzliche Betreuung blieb mit Einverständnis der Patientin über den Entlassungszeitpunkt hinaus bestehen (Abb. 59).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Die Patientin war bewusstseinsklar und allseits orientiert, formale oder inhaltliche Denkstörungen sowie psychotische Ich-Störungen lagen nicht vor. Im Affekt war die Patientin einerseits traurig wegen des Abschiedes und ängstlich wegen des Neuanfangs in der Wohngemeinschaft, andererseits froh über die guten Fortschritte und die sich jetzt eröffnenden Perspektiven. Von Suizidalität war die Patientin glaubhaft distanziert. Die Patientin zeigte sich krankheitseinsichtig und therapiemotiviert.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde nach 102 Tagen mit einer Gewichtssteigerung um 14,30 kg auf 49,80 kg (BMI 17,23 kg/m²) entlassen. Die Herzfrequenz lag bei 96 Schlägen/min, der Blutdruck bei 110/70 mmHg. Das EKG war unauffällig, auf die erneute Ableitung eines EEG wurde bei normalem Aufnahmebefund verzichtet. Das Labor war bis auf eine leichte Hypokaliämie (3,4 mmol/l) unauffällig.

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde zur selbst gewählten Weiterbehandlung in eine therapeutische Wohngemeinschaft entlassen.

6.2.2 Patientin 2

6.2.2.1 Aufnahme Patientin 2

Anlass der Aufnahme

Patientin 2 wurde aus einer Medizinischen Klinik, in der sie wegen einer vital gefährdenden Anorexia nervosa mit Zeichen des Zellzerfalls behandelt werden musste, in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt.

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Die Patientin willigte bei der Aufnahme freiwillig in den Verbleib und die Therapie auf der geschlossenen Station ein (Abb. 62).

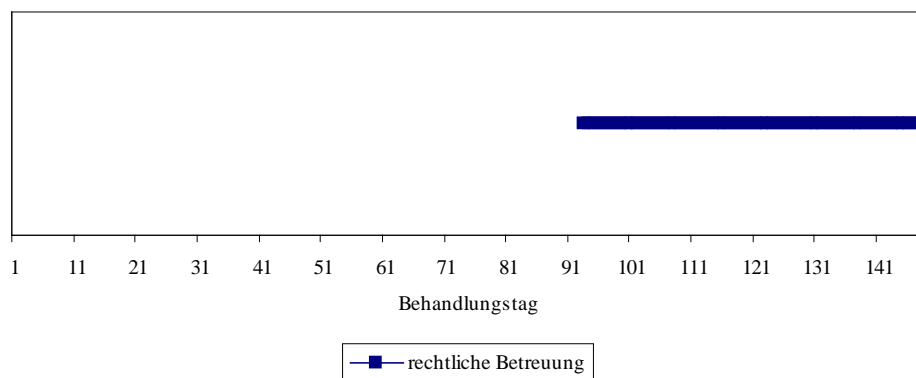


Abb. 62 Rechtsgrundlage der Behandlung Patientin 2

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Die Patientin war bewusstseinsklar und allseits orientiert. Der interpersonelle Kontakt war gut herstellbar. Dabei erschien die Patientin affektiv dysphorisch und unterschwellig gereizt. Der formale Gedankengang war geordnet, inhaltlich war kein Wahnerleben eruierbar. Halluzinationen oder Ich-Störungen wurden von der Patientin verneint. Auffällig waren kognitive Einbußen in Form von Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, Psychomotorik und Antrieb waren unauffällig. Von Suizidalität war die Patientin glaubhaft distanziert, es bestand nur bedingt Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft.

Somatischer Aufnahmebefund

Die 28-jährige Patientin war 1,46 m groß und wog 26,30 kg. Der BMI betrug 12,34 kg/m². Die Herzfrequenz lag bei 100 Schlägen/min, der Blutdruck bei 100/65 mmHg.

Das EKG zeigte bei einer Herzfrequenz von 72 Schlägen/min eine QT-Zeit-Verlängerung auf 431 ms, das EEG war unauffällig.

Im Labor zeigten sich eine Leukopenie (2,41/nl) und eine Hyponatriämie (133 mmol/l).

Zuverlegung

Die Patientin wurde aus einer Medizinischen Klinik zuverlegt.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Die Patientin leide seit 11 Jahren an einer Anorexia nervosa. Zuerst seien es nur Diätversuche gewesen, doch dann sei ihr Essverhalten immer restriktiver geworden und sie habe aus Angst, bei ihrer geringen Größe von 1,46 m „zu schnell zunehmen zu können“, mehr Sport getrieben. Eine langjährige ambulante Therapie sowie drei Aufenthalte in psychosomatischen Kliniken hätten keine Besserung der Symptomatik gebracht. Dreimal habe sie in internistischen Abteilungen stationär behandelt werden müssen. Aktuell wurde die Patientin aus einer medizinischen Abteilung, in der sie wegen Zeichen des Zellzerfalls (erhöhte Creatinkinase, Transaminasen und LDH) behandelt worden war, überwiesen.

Biographische Anamnese

Patientin 2 war 28 Jahre alt und wurde als einziges Kind eines Diplom-Ingenieurs und einer Buchhändlerin geboren. Sie sei ein erwünschtes Kind gewesen. Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung seien unauffällig gewesen. Im Alter von acht Jahren sei bei ihr ein Ullrich-Turner-Syndrom diagnostiziert worden. Nach dreijährigem Besuch des Kindergartens sei sie regelrecht eingeschult worden. Nach der Grundschule habe sie für ein Jahr die Hauptschule besucht, bevor sie auf das Gymnasium gewechselt habe. Dort habe sie die 9. und 12. Klasse wiederholt und habe die Schule nach der wiederholten 12. Klasse mit Mittlerer Reife abgeschlossen. Sie habe anschließend an einem zweijährigen Grundausbildungslehrgang beim Arbeitsamt teilgenommen, bevor sie eine Ausbildung zur Fremdsprachenkorrespondentin gemacht habe. Nach erfolgreichem Ausbildungsabschluss sei sie bei ihren Eltern ausgezogen und habe direkt eine Ausbildung zur Dolmetscherin begonnen.

Sexualanamnese

Sexuelle Gewalt habe die Patientin nie erlebt.

Psychiatrische Familienanamnese

Es sind keine psychiatrischen Erkrankungen in der Familie bekannt.

Somatische Anamnese

Ullrich-Turner-Syndrom (Erstdiagnose im 9. Lebensjahr), Substitutionstherapie mit Klimonorm. Ihre Menarche habe sie wegen des Ullrich-Turner-Syndroms nicht natürlich sondern im Alter von 18 Jahren durch Triquilase bekommen. Seither habe sie unter Hormonsubstitution einen regelmäßigen Zyklus gehabt. In Folge ihrer Erkrankung sei es vor circa 1/2 Jahren zum Ausbleiben der Menstruation gekommen.

Z.n. Tonsillektomie (5. Lebensjahr), Grand-mal-Episoden (Carbamazepin mittlerweile unter neurologischer Kontrolle abgesetzt) und schwerer Hypoglykämie mit Bewusstlosigkeit (16 Monate vor aktueller Aufnahme)

Vorbehandlungen

Die Patientin sei auf Grund ihrer Essstörung je dreimal in stationärer psychosomatischer und internistischer Behandlung gewesen. Eine langjährige ambulante Psychotherapie habe keinen Behandlungserfolg gezeigt.

6.2.2.2 Behandlung und Verlauf Patientin 2

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Bei mangelhafter Krankheitseinsicht und Compliance wurde eine rechtliche Betreuung beantragt und durch das Gericht angeordnet. Sie bestand ab dem 92. Behandlungstag. Der Betreuer konnte die Patientin zu einer freiwilligen Fortführung der Therapie auf der geschlossenen Station bewegen (Abb. 62).

Therapiedauer

Patientin 2 wurde 147 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Nachdem die Patientin in den ersten beiden Behandlungstagen ein Kilogramm abgenommen hatte, wurde eine Nasensonde gelegt. Unter der Gabe von Sondenkost kam es zu einer stetigen Gewichtszunahme. Nach Absetzen der Sondenkost ging das Gewicht der Patientin von 41,70 kg auf unter 39 kg zurück, bevor sie es bei 40 kg stabilisieren konnte (Abb. 63).

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg während der Behandlung von 12,34 kg/m² auf 18,79 kg/m² bei der Entlassung (Abb. 63).

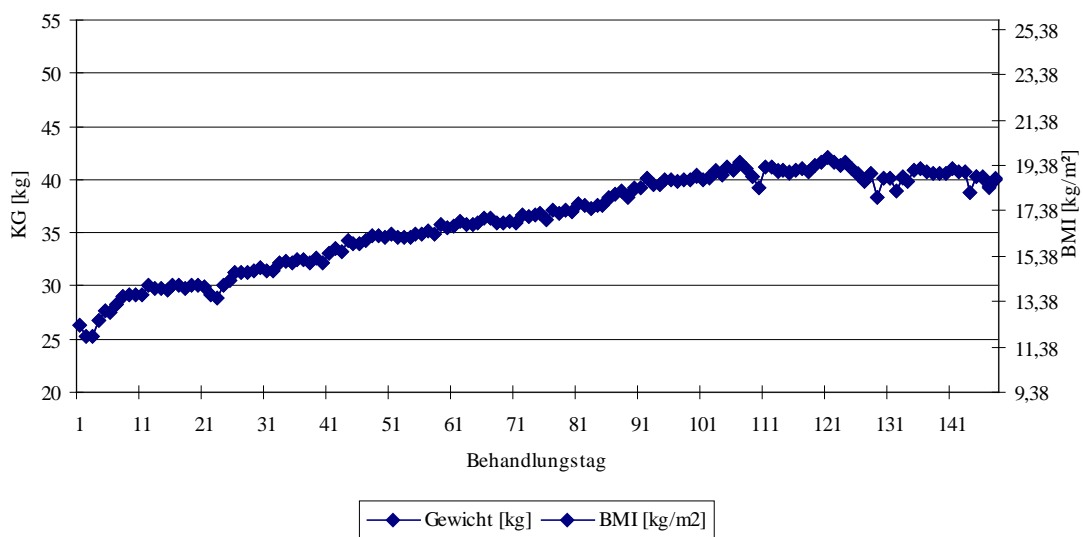


Abb. 63 Gewichtsentwicklung Patientin 2

Ärztliche Behandlung

Für die Patientin wurde ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil und im Verlauf besserte sich die Therapiemotivation deutlich. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung und Art und Menge der Sondenkost fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an.

Pflegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und die Sondenkost und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Das Zimmer der Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht.

Ernährung

Nach Anfänglicher Gewichtsabnahme erfolgte die Ernährung zunächst vor allem mittels Sondenkost. Die täglich durch Sondenkost (Salvimulsin MCT[®] 800 kcal/500ml) zugeführte Kalorienmenge lag zwischen 800 und 2400 kcal (Abb. 64). Die zur unterstützenden Ernährung gelegte Nasensonde musste nach 15 Tagen entfernt werden, da sie nicht mehr durchgängig war. Auf das erneute Legen einer Nasensonde wurde verzichtet. Während der Sondenanlage ließ die Patientin Sondennahrung verschwinden, manipulierte an der Sonde und beklagte sich über die Nahrungszufuhr. Um ihr Gewicht nach Absetzen der

Sondennahrung zu halten trank sie heimlich exzessiv Wasser, was sich in Form einer Hyponatriämie bemerkbar machte. Im Verlauf besserten sich die Compliance und Therapiemotivation deutlich, so dass die Patientin gegen Ende ihres stationären Aufenthaltes ihr Gewicht hauptsächlich durch Normalkost steigern konnte und tagsüber wieder die Dolmetscherschule besuchen konnte.

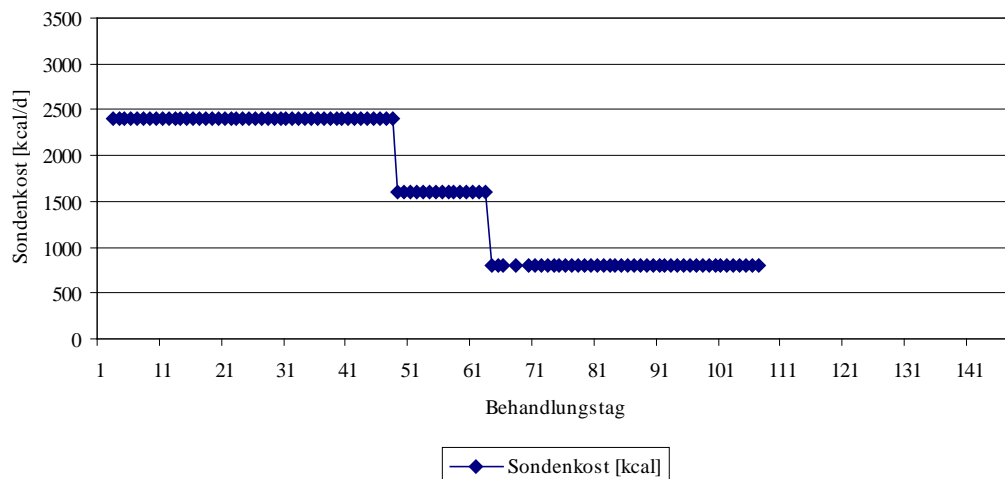


Abb. 64 Sondenkost Patientin 2

Medikamentöse Behandlung

Auf Grund des Ullrich-Turner-Syndroms erfolgte eine Therapie mit Klimonorm® Dragees.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

Im MRT zeigte sich eine Subarachnoidealszyste im Bereich der Zisterna magna und betonte äußere Liquorräume.

HAWIE-R

Bei Patientin 2 wurde keine HAWIE-R durchgeführt.

6.2.2.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 2

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die während der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU eingerichtete rechtliche Betreuung blieb auf Wunsch der Patientin über den Entlassungszeitpunkt hinaus bestehen (Abb. 62).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Die Patientin war bewusstseinsklar und allseits orientiert. Affektiv war die Patientin stabil und schaute positiv in die Zukunft. Der formale Gedankengang war geordnet, inhaltlich war kein Wahnerleben eruierbar. Halluzinationen oder Ich-Störungen bestanden nicht. Konzentration, Merkfähigkeit, Psychomotorik und Antrieb waren unauffällig. Von Suizidalität war die Patientin glaubhaft distanziert, es bestand Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde nach 147 Tagen mit einer Gewichtssteigerung um 13,74 kg auf 40,05 kg (BMI 18,79 kg/m²) entlassen.

Die Herzfrequenz lag bei 100 Schlägen/min, der Blutdruck bei 115/80 mmHg.

EKG und EEG waren ebenso wie das Labor unauffällig.

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde zur selbst gewählten Weiterbehandlung in eine therapeutische Wohngemeinschaft entlassen.

6.2.3 Patientin 3

6.2.3.1 Aufnahme Patientin 3

Anlass der Aufnahme

Patientin 3 wurde mit einem vital gefährdenden anorektischen Syndrom aus einer Psychosomatischen Klinik in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt, da auf Grund ihres stark manipulativen und selbst gefährdenden Verhaltens eine Behandlung dort nicht mehr möglich war.

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Die Aufnahme auf die geschlossene Station der Psychiatrischen Klinik der LMU erfolgte auf freiwilliger Rechtsgrundlage (Abb. 65).

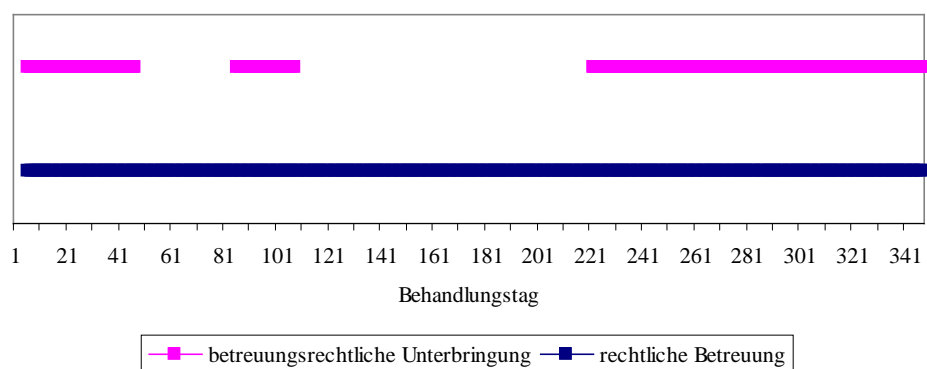


Abb. 65 Rechtsgrundlage Patientin 3

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Die Patientin war wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Der interpersonelle Kontakt war zunächst gut herstellbar, wobei die Patientin nach anfänglicher freundlicher Zugewandtheit bei Konfrontation mit der Essensproblematik zunehmend dysphorisch und gereizt reagierte. Der formale Gedankengang war eingeengt, inhaltlich war die Patientin auf Abnehmen und Entlassung aus der Klinik fixiert. Psychotische Symptome in Form von Wahn, Wahrnehmungs- und Ich-Störungen waren nicht eruierbar. Der Affekt war geringgradig herab gestimmt und wenig schwingungsfähig, teils ausgesprochen gereizt. Von Suizidalität war die Patientin distanziert, es bestand keine Krankheitseinsicht und keine Behandlungsbereitschaft.

Somatischer Aufnahmebefund

Die 24-jährige Patientin war 1,57 m große und wog 32,50 kg. Der errechnete BMI betrug 13,19 kg/m².

Die Herzfrequenz lag bei 60 Schlägen/min, der Blutdruck RR 70/50 mmHg.

Das EKG am Aufnahmetag zeigte eine Sinusbradykardie (54 Schläge/min) und eine nicht spezifische T-Wellen-Abnormität.

Das EEG war unauffällig.

Im Labor zeigte sich eine Hyponatriämie (131 mmol/l), eine Leukopenie (2,79/nl) und eine Anämie (Erythrozyten 3,23/pl, Hb 11,2 g/dl, Hk 33,1 %).

Zuverlegung

Patientin 3 wurde aus einer Psychosomatischen Klinik zuverlegt.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Die Patientin leide seit 8 Jahren an Anorexia nervosa. Fremdanamnestisch berichtete die Mutter, dass die Patientin damals wegen etwas kräftigerer Schenkel und Po (bedingt durch Leistungssport Skifahren) gehänselt worden sei. Nach einer Klassenfahrt (reine Mädchenklasse) habe die Essstörung begonnen. Die Patientin habe mehrmals aus dem Landschulheim angerufen, habe geweint und abgeholt werden wollen. Die Patientin selbst berichtete, in dem Schulheim gesehen zu haben, wie die Köchin ein auf den Boden gefallenes Stück Fleisch wieder in die Pfanne gegeben und weiter gebraten habe. Dies habe großen Ekel in ihr ausgelöst. In den darauf folgen Monaten habe sie immer weniger gegessen und der Hausarzt habe eine Infusionstherapie begonnen. Aus Angst vor den Infusionen habe sie wieder mehr gegessen und ihr Gewicht sei 2 Jahren stabil um die 49 kg (BMI 19,88 kg/m²) gewesen. Allerdings habe sie nicht mehr an gemeinsamen Mahlzeiten teilgenommen, nur noch kleine Portionen und kein Fleisch mehr gegessen. Außerdem habe sie sehr viel Sport getrieben und mit dem Marathonlaufen begonnen. Als vor 2 Jahren die Beziehung zu ihrem Freund auseinander gegangen sei, habe sie wieder weniger gegessen, vermehrt Wasser getrunken und Laxantien gebraucht. Vor 1 Jahr habe sie bei einem Gewicht von 29 kg (BMI 11,77 kg/m²) eine Woche auf einer internistischen Intensivstation künstlich ernährt werden müssen. Eine begonnen ambulante Psychotherapie habe sie abgebrochen. Vor 2 Monaten habe sie erneut mit 29 kg (BMI 11,77 kg/m²) und Elektrolytstörungen (Natrium 110 mmol/l) intensivmedizinisch behandelt werden müssen. Im Anschluss sei sie in eine

psychosomatische Klinik verlegt worden, von der aus sie in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt wurde.

Biographische Anamnese

Patientin 3 war 24 Jahre alt und wurde als einziges Kind eines Omnibusfahrers und einer Verkäuferin geboren. Sie sei ein ungeplantes Kind gewesen. Die Mutter sei erst 17 Jahre, der Vater 19 Jahre alt gewesen. Die Eltern hätten sich dann aber doch gefreut. Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung seien unauffällig gewesen. Nach dreijährigem Kindergartenbesuch sei sie regelrecht eingeschult worden und habe nach der 4. Klasse auf das Gymnasium gewechselt, welches sie mit dem Abitur abgeschlossen habe. Im Anschluss habe sie eine Ausbildung zur Industriekauffrau abgeschlossen und arbeite nun bei den Verkehrswerken. Das Verhältnis zu Lehrern und den meisten Mitschülern sei gut gewesen. In der Pubertät sei sie von einigen Jungen gehänselt worden.

Sexualanamnese

Erste sexuelle Erfahrungen habe die Patientin mit 17 Jahren gemacht, sexuelle Gewalt habe sie nie erlebt.

Psychiatrische Familienanamnese

Es liegen keine bekannten psychiatrischen Erkrankungen vor.

Somatische Anamnese

Es sind keine somatischen Vorerkrankungen bekannt. Ihre Menarche habe die Patientin im Alter von 12 Jahren gehabt, in Folge ihrer Erkrankung sei es vor circa einem Jahr zum Ausbleiben der Menstruation gekommen.

Vorbehandlungen

Im Zusammenhang mit ihrer Essstörung war die Patientin bisher einmal in einer Psychosomatischen Klinik und zweimal in einer Medizinischen Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Eine ambulante Therapie habe keine Verbesserung der Symptomatik erzielt.

6.2.3.2 Behandlung und Verlauf Patientin 3

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Bei fehlender Krankheitseinsicht, Therapiemotivation und Verweigerung aller therapeutischer Maßnahmen und gleichzeitig einem, von internistischer Seite lebensbedrohlichen Zustand, erfolgte am 4. Behandlungstag ein Eilantrag auf rechtliche Betreuung und

betreuungsrechtliche Unterbringung. Nach sechswöchiger betreuungsrechtlicher Unterbringung erklärte sich die Patientin zunächst freiwillig zur Fortsetzung der Behandlung bereit. Da es im Verlauf erneut zu dem Wunsch nach sofortiger Entlassung und Beendigung aller Behandlungsmaßnahmen kam ergingen zwei weitere betreuungsrechtliche Unterbringungsbeschlüsse. Einmal 3 Wochen ab dem 86. Behandlungstag und einmal 26 Wochen ab dem 222. Behandlungstag. Da die Patientin zur Weiterbehandlung entlassen werden konnte, wurde dieser Unterbringungsbeschluss nach 19 Wochen aufgehoben. Insgesamt war die Patientin 27 Wochen bis zu ihrer Entlassung untergebracht (Abb. 65).

Therapiedauer

Patientin 3 wurde 347 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Die Gewichtszunahme gestaltete sich sehr schwierig. Sobald die durch Sondenkost zugeführte Nahrung reduziert wurde, nahm die Patientin wieder an Gewicht ab und nur langsam war sie in der Lage, Sondenkost durch Normalkost zu ersetzen und es kam immer wieder zu großen Gewichtsschwankungen. Dennoch war durch die Gabe von Sondenkost eine Gewichtszunahme um 13 kg möglich. Nach Absetzen der Sondenkost kam es bis zur Entlassung zu einer erneuten Gewichtsabnahme um drei kg (Abb. 66).

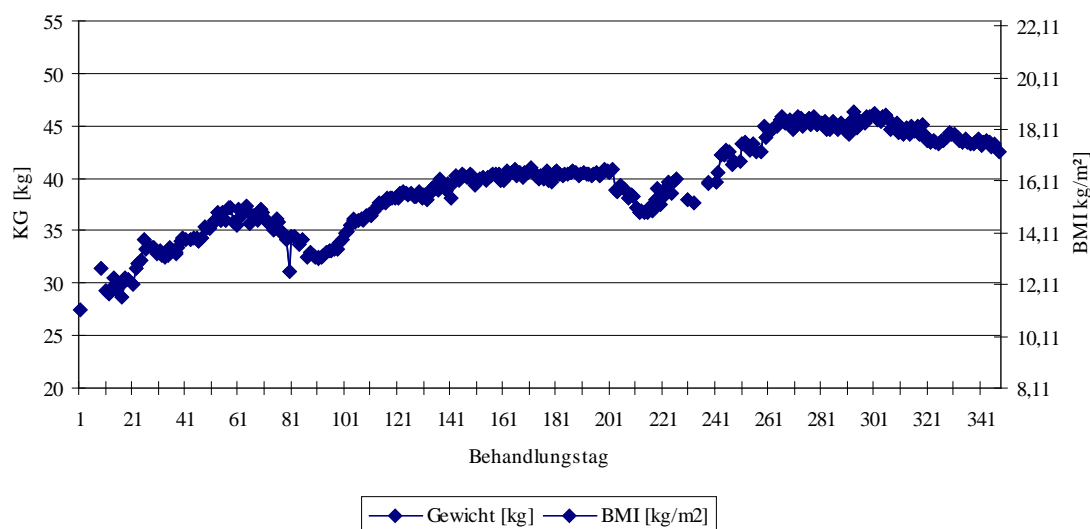


Abb. 66 Gewichtsentwicklung Patientin 3

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg während der Behandlung von 13,19 kg/m² auf 17,26 kg/m² bei der Entlassung (Abb. 66).

Ärztliche Behandlung

Nach Aufnahme in die Psychiatrische Klinik der LMU erfolgte die unmittelbare Verlegung auf eine internistische intensivmedizinische Station zur Behandlung der Elektrolytentgleisungen (Natrium 126mmol/l, Kalium 3,2 mmol/l) und Blutbildveränderungen (Leukozyten 2,6/nl). Dort wurden der Patientin sofort im Rahmen einer Notfallmaßnahme bei beantragter Unterbringung ein ZVK und eine PEG (perkutane endoskopische Gastrostomie mit Duodenalsonde) gelegt. Nach einem Tag wurde die Patientin wegen eines Pneumothorax in die chirurgische Klinik verlegt, von wo sie nach zwei Tagen mit einem Gewicht von 30,90 kg (BMI 12,54 kg/m²) in die Psychiatrische Klinik der LMU rückverlegt wurde.

Für die Patientin wurde ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil und im Verlauf besserte sich die Therapiemotivation geringgradig. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung und Art und Menge der Sondenkost fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an.

Pflegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und die Sondenkost und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Um heimliches exzessives Wassertrinken oder Erbrechen zu verhindern, wurden auch die Toilettengänge überwacht. Falls es der Patientin dennoch gelang, exzessiv Wasser zu trinken, zu erbrechen oder am Sondensystem zu manipulierten, wurde sie zeitweise durch das Pflegepersonal isoliert und fixiert. Das Zimmer der Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht.

Ernährung

Die täglich durch Sondenkost (Fresubin original fibre[®] 500 kcal/500 ml, Fresubin energy fibre[®] 750 kcal/500ml und Salvimulsin MCT[®] 800 kcal/500ml) zugeführte Kalorienmenge lag zwischen 500 und 3200 kcal (Abb. 67), wobei die Patientin die Sondenkost auch trank. Die Patientin verpflichtete sich per Therapievertrag, nicht an der PEG zu manipulieren. Dennoch versuchte sie die Nahrungszufuhr über die Duodenalsonde zu reduzieren, indem sie Nahrung aus dem Fenster, ins Waschbecken und in die Toilette laufen ließ, ihre Sondennahrung verdünnte oder den Sondenschlauch mit ihrem Gürtel abdrückte. Aufgrund

der Manipulationen an Thoraxdrainage und PEG musste die Patientin zeitweise an den Händen fixiert werden. Weiter schnitt sie die Sonde mit der Nagelschere ab, perforierte sie mit Hilfe eines Kugelschreibers und ließ Mageninhalt über die in den Magen zurückgeschlagene Sonde ab. Im Verlauf manipulierte sie derart an der PEG-Sonde, dass diese dreimal endoskopisch vom Magen wieder in das Duodenum vorgeschoben werden musste (am 56., 59. und 120. Behandlungstag) und zweimal neu gelegt werden musste (am 215. und 231. Behandlungstag). Die PEG-Sonde lag über 308 Tage und wurde am 340. Behandlungstag entfernt. In dieser Zeit wurde eine Gewichtszunahme um 10,60 kg auf 43,1 kg erreicht.

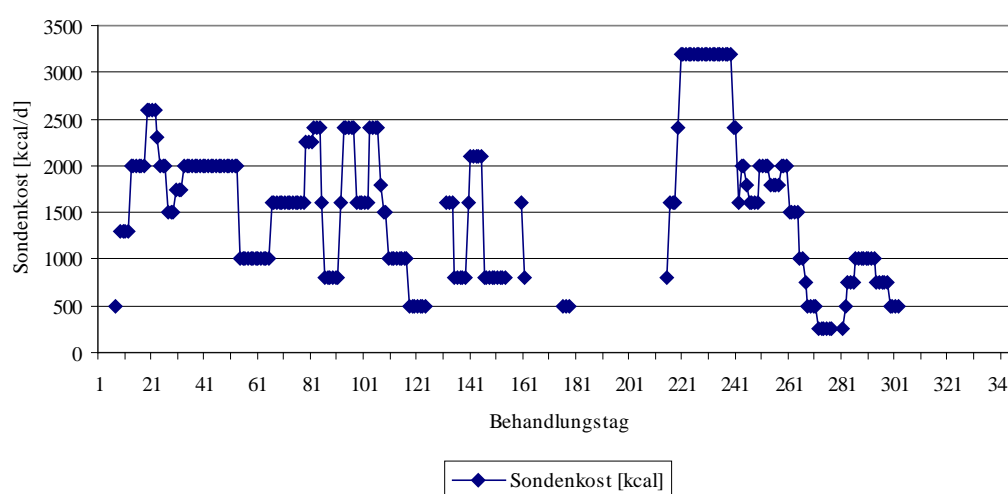


Abb. 67 Sondenkost Patientin 3

Medikamentöse Behandlung

Die medikamentöse Therapie beinhaltete die Gabe von Diazepam 1 – 20 mg/Tag über 97 Tage zur Besserung der gespannt aggressiven Stimmungslage.

Olanzapin 10 mg/Tag über 14 Tage zur Linderung der inneren Angespanntheit.

Kaliumchlorid 60 mmol/Tag über 8 Tage zur Behandlung einer Hypokaliämie.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

Ein am 35. und 342. Behandlungstag durchgeführtes kraniales MRT war unauffällig

HAWIE-R

Bei Patientin 3 wurde zweimal ein HAWIE-R durchgeführt. Am 26. Behandlungstag bei einem Gewicht von 33,55 kg (BMI 13,61 kg/m²) und am 342. Behandlungstag bei einem Gewicht von 43,55 kg (BMI 17,67 kg/m²). Dabei verbesserte sich die Patientin bei der

zweiten Testung im Gesamt-IQ von 89 auf 112, im Verbalteil von 89 auf 114 und im Handlungsteil von 88 auf 104.

6.2.3.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 3

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die im Rahmen des Unterbringungsverfahrens während der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU eingerichtete rechtliche Betreuung blieb über den Entlassungszeitpunkt hinaus bestehen, da die Patientin nur mangelhaft krankheitseinsichtig und behandlungsbereit war und weiterhin mit potentiell selbstgefährdendem Verhalten und Therapieabbruch zu rechnen war (Abb. 65).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Die Patientin war wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Der interpersonelle Kontakt war gut herstellbar. Der Affekt war stabil, Störungen im formalen oder inhaltlichen Denken fanden sich nicht. Psychotische Symptome in Form von Wahn, Wahrnehmungs- und Ich-Störungen waren nicht eruierbar. Von Suizidalität war die Patientin distanziert. Die Krankheitseinsicht war mangelhaft und die Therapiemotivation nur oberflächlich vorhanden.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde nach 347 Tagen mit einer Gewichtssteigerung um 10,05 kg auf 42,55 kg (BMI 17,26 kg/m²) entlassen.

Die Herzfrequenz lag bei 81 Schlägen/min, der Blutdruck bei 100/75 mmHg.

Im EKG zeigte sich eine Sinusbradykardie mit 56 Schlägen/min.

Auf eine erneute EEG-Ableitung wurde bei normalem Aufnahmebefund verzichtet.

Das Labor war unauffällig.

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde zur selbst gewählten Weiterbehandlung in eine psychosomatische Klinik entlassen.

6.2.4 Patientin 4

6.2.4.1 Aufnahme Patientin 4

Anlass der Aufnahme

Patientin 4 wurde aus einer Psychosomatischen Klinik in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt, da sie während der dortigen Behandlung weiter an Gewicht abgenommen hatte und ihr Zustand als lebensbedrohlich eingeschätzt wurde.

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Die Patientin willigte freiwillig in die Aufnahme auf der geschlossenen Station der Psychiatrischen Klinik der LMU ein (Abb. 68).

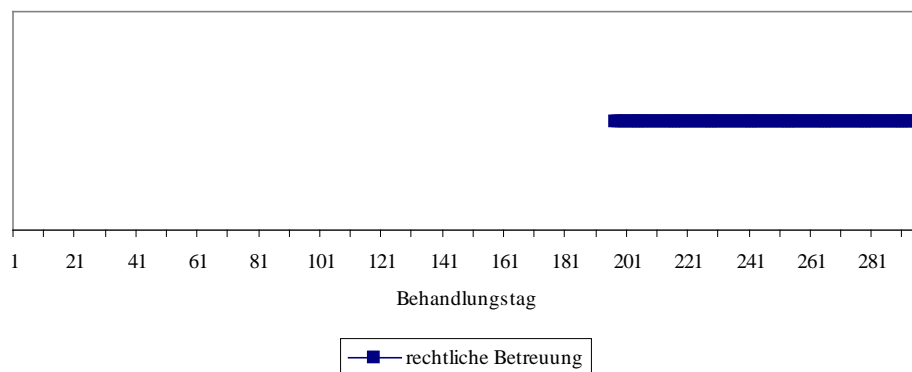


Abb. 68 Rechtsgrundlage Patientin 4

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Die Patientin war wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Sie gab sich oberflächlich kooperativ und konnte den Blickkontakt im Gespräch gut halten. Auffällig war der Versuch, sich möglichst positiv darzustellen. Im Umgang war sie überangepasst, freundlich und bemüht, gemocht zu werden. Affektiv erschien sie labil und schwankte zwischen einer niedergeschlagenen Stimmung und einem eher unsicher wirkenden Lächeln. Sie wirkte dabei sehr sensibel und kränkbar. Das inhaltliche Denken kreiste im Wesentlichen um Nahrung und das Körpergewicht. Die Patientin schien formalgedanklich auf Essproblematik derart eingengt, dass sie ihre Konzentration nur schwer anderen Themen widmen konnte. Psychotische Symptome in Form von Wahn, Wahrnehmungs- und Ich-Störungen waren nicht eruierbar. Die mnestiche Funktion inklusive Gedächtnis, Konzentration, Allgemeinwissen, Intelligenz, Auffassung und Konzentration erschienen regelrecht. Von Suizidalität war die

Patientin glaubhaft distanziert, es bestand keine Krankheitseinsicht und keine Behandlungsbereitschaft.

Somatischer Aufnahmebefund

Die 19-jährige Patientin war 1,60 m groß und wog 33,20 kg (BMI 12,97 kg/m²).

Die Herzfrequenz lag bei 44 Schlägen/min, der Blutdruck RR 80/60 mmHg.

Das EKG zeigte eine Sinusbradykardie (36 Schläge/min), das EEG war unauffällig.

Im Labor zeigte sich eine Leukopenie (3,60/nl).

Zuverlegung

Patientin 4 wurde aus einer Psychosomatischen Klinik zuverlegt.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Die Patientin leide seit 6 Jahren an einer Anorexia nervosa. Damals habe sie sich mit 49 kg im Vergleich zu ihren Mitschülerinnen zu dick und unattraktiv gefühlt, sei von Mitschülern gehänselt worden und habe unter einem geringen Selbstwertgefühl gelitten. Zunächst habe sie nur ein restriktives Essverhalten gezeigt, vor 2 Jahren sei es zusätzlich zu 2 – 3 Heißhungerattacken mit anschließendem Erbrechen gekommen. Bei einem Gewicht von 36 kg (BMI 14,06 kg/m²) sei sie vor einem Jahr in einer psychosomatischen Klinik aufgenommen worden und habe wieder auf 49 kg (BMI 19,14 kg/m²) zunehmen können. Trotz anschließender ambulanter Therapie sei es nach 2 Monaten wieder zu restriktiven Essverhalten, Heißhungerattacken mit Erbrechen und Laxantiengebrauch gekommen. In dieser Zeit seien mehrere Kriseninterventionen in psychiatrischen Kliniken nötig gewesen. Vor einem Monat sei sie mit einem Gewicht von 32 kg (BMI 12,5 kg/m²) erneut in einer psychosomatischen Klinik aufgenommen worden. Da es ihr nicht gelungen sei, ihr Essverhalten zu verändern und es zu einer weiteren Gewichtsabnahme mit Elektrolytentgleisungen gekommen sei, sei sie in die Psychiatrische Klinik LMU verlegt worden.

Biographische Anamnese

Patientin 4 war 19 Jahre alt und wurde als jüngeres von zwei Kindern eines Diplom-Ingenieurs und einer Hausfrau geboren. Sie sei ein erwünschtes Kind gewesen. Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung seien unauffällig gewesen. Nach dreijährigem Kindergartenbesuch sei sie regelrecht eingeschult worden und habe nach der

4. Klasse auf das Gymnasium gewechselt. Auf Grund ihrer Essstörung und dem damit verbundenen Leistungsabfall habe sie die Schule in der 12. Klasse abgebrochen. Momentan sehe sie keine schulische oder berufliche Perspektive für sich. Mit den Lehrern sei sie immer gut zurechtgekommen, dagegen hätten ihre Mitschüler sie oft als Streber gehänselt. Die Interessen ihrer Klassenkameraden habe sie nicht teilen können, weswegen sie nur Lehrer als Bezugspersonen gehabt habe.

Sexualanamnese

Die Patientin habe noch keine sexuellen Erfahrungen gemacht, sexuelle Gewalt habe sie nie erlebt.

Psychiatrische Familienanamnese

Es liegen keine bekannten psychiatrischen Erkrankungen vor.

Somatische Anamnese

Appendektomie mit 13 Jahren. Ihre Menarche habe die Patientin im Alter von 13 Jahren gehabt, in Folge ihrer Erkrankung sei es vor circa vier Jahren zum Ausbleiben der Menstruation gekommen.

Vorbehandlungen

Im Zusammenhang mit ihrer Essstörung war die Patientin bisher fünfmal in einer Psychosomatischen Klinik und einmal in einer Medizinischen Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Eine ambulante Therapie habe keine Besserung der Symptomatik erzielt.

6.2.4.2 Behandlung und Verlauf Patientin 4

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Da es im Behandlungsverlauf zu selbstgefährdendem Verhalten und dem Wunsch nach sofortigem Therapieabbruch kam, wurde eine rechtliche Betreuung zur Gewährleistung einer Behandlung der Patientin beantragt und am 19.6. Behandlungstag durch das Vormundschaftsgericht beschlossen. Die Patientin verblieb anschließend freiwillig auf der Station.

Therapiedauer

Patientin 4 wurde 295 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Nachdem es anfangs zu einem weiteren Rückgang des Körpergewichtes kam, konnte die Patientin durch das Trinken von Sondenkost zunächst kontinuierlich an Gewicht zunehmen. Bei dem Versuch, die Sondenkost auszuschleichen kam es erneut zu einer Gewichtsabnahme bevor die Patientin ihr Gewicht bei circa 42 kg stabilisieren konnte (Abb. 69).

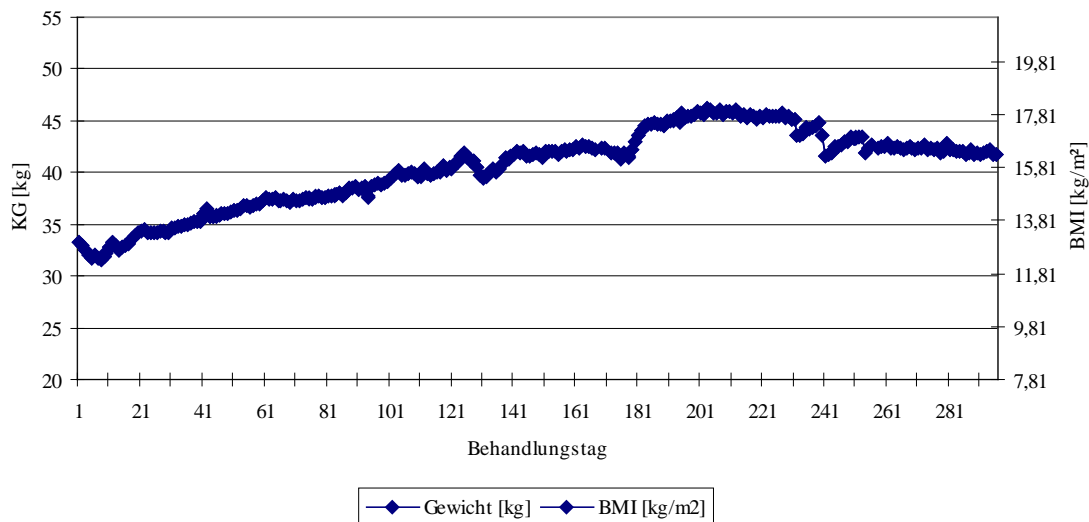


Abb. 69 Gewichtsentwicklung Patientin 4

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg während der Behandlung von 12,97 kg/m² auf 16,33 kg/m² bei der Entlassung (Abb. 69).

Ärztliche Behandlung

Für die Patientin wurde ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil und im Verlauf besserte sich die Therapiemotivation deutlich. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung und Art und Menge der Sondenkost fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an.

Pflegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und die Sondenkost und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Teilweise musste das Pflegepersonal die Toiletten absperren und die Patientin nach den Mahlzeiten isolieren,

um heimliches Erbrechen zu verhindern. Das Zimmer der Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht.

Ernährung

Nach anfänglicher Teilnahme an den Mahlzeiten mit anschließendem selbstinduzierten Erbrechen wurde die Ernährung nach sieben Tagen auf die orale Einnahme von Sondenkost (Fresubin original fibre® 500 kcal/500 ml) umgestellt, wodurch eine kontinuierliche Gewichtszunahme erfolgte und die Teilnahme an Mahlzeiten langsam möglich wurde. Die über Sondenkost aufgenommene Kalorienmenge lag zwischen 300 und 2750 kcal/d (Abb. 70). Mit zunehmendem Gewicht kam es zunehmend zur Ausbildung einer depressiven Symptomatik, worauf eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva eingeleitet wurde. Bei einem Gewicht von 38 kg (BMI 14,84 kg/m²) hielt sich die Patientin nicht mehr an die vereinbarten Verhaltensweisen. Sie erbrach sporadisch nach Mahlzeiten, war übermäßig sportlich aktiv und trank circa sechs Liter Wasser pro Tag. Dies führte zu Elektrolytentgleisungen und die Patientin musste unter Überwachungsbedingungen im Isolierzimmer geführt werden. Nach Einrichtung einer Betreuung ab dem 196. Behandlungstag, um eine Behandlung der Patientin zu gewährleisten, besserte sich deren Verhalten und sie nahm weiter an Gewicht zu. Im Behandlungsverlauf und mit zunehmendem Gewicht kam es zu einer deutlichen Abnahme der Zwangsgedanken und Stimmungseinbrüche.

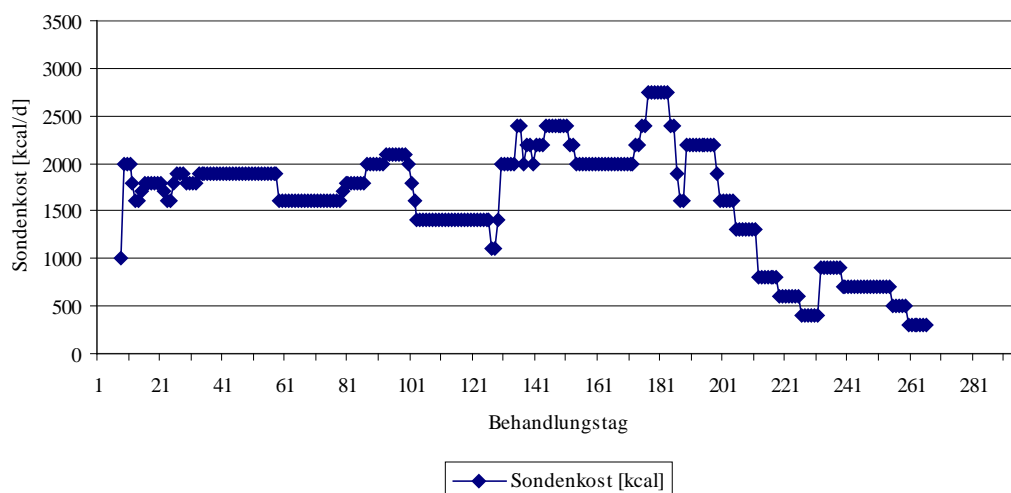


Abb. 70 Sondenkost Patientin 4

Medikamentöse Behandlung

Die medikamentöse Therapie des depressiven Syndroms erfolgte mit Paroxetin 40 mg/Tag ab dem 98. Behandlungstag.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

Der Befund eines kranialen MRT war unauffällig.

HAWIE-R

Bei Patientin 4 wurde 2-mal ein HAWIE-R durchgeführt. Am 10. Behandlungstag bei einem Gewicht von 32,80 kg (BMI 12,81 kg/m²) und am 252. Behandlungstag bei einem Gewicht von 43,40 kg (BMI 16,98 kg/m²). Bei der Wiederholung des Testes verschlechterte sich die Patientin im Gesamt-IQ von 134 auf 129 und im Verbalteil von 130 auf 117. Im Handlungsteil verbesserte sich die Patientin von 132 auf 148.

6.2.4.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 4

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die während der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU eingerichtete rechtliche Betreuung blieb über den Entlassungszeitpunkt hinaus bestehen (Abb. 68).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Die Patientin war wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die Stimmung war gut, Ängsten vor der Nahrungsaufnahme und der immer noch bestehenden Einteilung von Nahrungsmitteln in erlaubte und nicht erlaubte Speisen waren weiter vorhanden. Psychotische Symptome in Form von Wahn, Wahrnehmungs- und Ich-Störungen waren nicht eruierbar. Die mnestiche Funktion inklusive Gedächtnis, Konzentration, Allgemeinwissen, Intelligenz, Auffassung und Konzentration waren regelrecht. Von Suizidalität war die Patientin glaubhaft distanziert, es bestand ausreichend Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde nach 295 Tagen mit einer Gewichtssteigerung um 8,60 kg auf 41,80 kg (BMI 16,33 kg/m²) entlassen.

Die Herzfrequenz lag bei 64 Schlägen/min, der Blutdruck bei 90/50 mmHg.

Im EKG zeigte sich eine Sinusbradykardie mit 47 Schlägen/min.

Die Patientin hatte ein abnormes EEG vom α -Typ mit intermittierend langsamer Aktivität ohne Hinweis auf einen Herd oder gesteigerte hirnelektrische Erregbarkeit.

Das Labor war unauffällig.

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde zur selbst gewählten Weiterbehandlung in eine therapeutische Wohngemeinschaft entlassen.

6.2.5 Patientin 5

6.2.5.1 Aufnahme Patientin 5

Anlass der Aufnahme

Patientin 5 wurde per Unterbringungsbeschluss mit einer vital gefährdenden Anorexia nervosa aus einer Medizinischen Klinik zuverlegt.

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Die Patientin wurde per Unterbringungsbeschluss aus der Medizinischen Klinik der LMU in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt und für sechs Wochen betreuungsrechtlich untergebracht (Abb. 71).

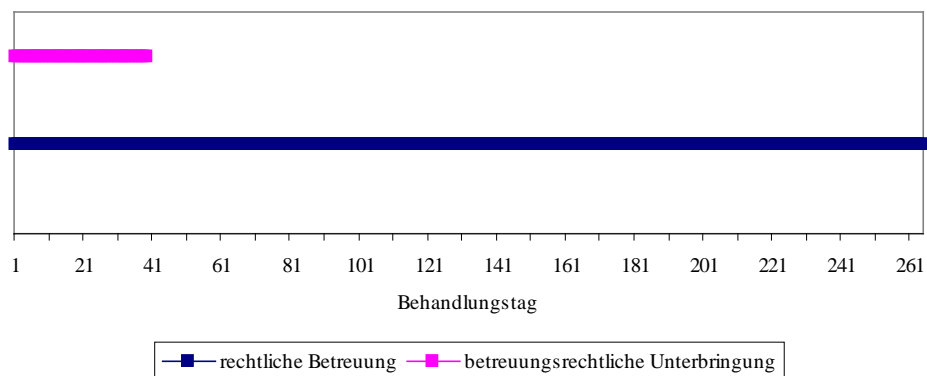


Abb. 71 Rechtsgrundlage Patientin 5

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Bei Aufnahme war die Patientin wach und bewusstseinsklar, in allen Qualitäten sicher orientiert. Im Gespräch war sie abweisend, bei Konfrontation mit Essensproblematik und ihrer jetzigen Situation deutlich dysphorisch und gereizt. Zu vielen Fragen verweigerte die Patientin das Gespräch und wandte sich vom Untersucher ab. Das formale Denken war stark eingeengt auf ihre Essensproblematik sowie die Ausübung ihrer Zwänge. Es fanden sich massive Zwangshandlungen und Zwangsrituale, vor allen Dingen in Form von Waschwängen, Zwangsgedanken und Zwangsritualen. Es fand sich kein Anhalt für produktiv-psychotisches Erleben im Sinne von inhaltlichen Denkstörungen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Von Suizidalität war die Patientin glaubhaft distanziert. Bei der Patientin zeigte sich eine deutliche Körperschemastörung. Sie gab an, dass das Aufnahmegewicht von 24 kg (BMI 8,61 kg/m²) im Grunde genommen „ok“ sei. Es bestanden weder Krankheitseinsicht noch Behandlungsbereitschaft.

Somatischer Aufnahmebefund

Die 22-jährige Patientin war 1,60 m große und wog 26,20 kg. Der errechnete BMI lag bei 9,39 kg/m².

Die Herzfrequenz lag bei 56 Schlägen/min, der Blutdruck RR 95/60 mmHg.

Das EKG zeigte eine Sinusbradykardie (50 Schläge/min), das EEG eine Verlangsamung im Sinne einer leichten Allgemeinveränderung, möglicherweise im Rahmen einer Elektrolytverschiebung.

Im Labor zeigte sich eine Leukopenie (1,83/nl) und eine Anämie (Erythrozyten 3,45/pl, Hb 10,6 g/dl, Hk 30,4 %).

Zuverlegung

Patientin 5 wurde aus einer Medizinischen Klinik zuverlegt.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Die Patientin leide seit neun Jahren an Anorexia nervosa. Am Tag der Hochzeit ihres Onkels habe sie sich als 13-Jährige in ihrem festlichen Kleid im Spiegel gesehen und plötzlich als zu dick empfunden. Innerhalb eines Jahres sei es durch zunehmendes Fasten zu einer Gewichtsreduktion von 56 kg auf 33,3 kg gekommen und es sei zur ersten stationären Aufnahme in einer Kinderklinik gekommen. Sie sei damals über eine Magensonde ernährt worden und mit 40 kg nach Hause entlassen worden. 4 Wochen später sei sie mit einem Gewicht von 34 kg und mit zunehmender Zwangssymptomatik im Sinne eines Waschzwanges in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen worden. Während des stationären Aufenthaltes habe sich gezeigt, dass die Zwänge mit abnehmendem Gewicht nachließen und eine medikamentöse Behandlung der Zwangsstörung sei begonnen worden. Teilweise sei die Patientin über eine Magensonde ernährt worden. In der Folgezeit hätten die Wasch- und Reinigungszwänge im Vordergrund gestanden. Eine stationäre Verhaltenstherapie habe vorübergehend eine Besserung des Ess- und Zwangsverhaltens bewirkt. Vor 2 Jahren habe sie bei einem Gewicht von 25 kg (BMI 8,96 kg/m²) intensivmedizinischer Behandlung bedurft. Ein anschließender stationärer Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik habe keine Besserung der Symptomatik erbracht. Auf Grund von Schwäche, Schwindel und Doppelsehens habe sich die Patientin aktuell in einem Kreiskrankenhaus vorgestellt und sei umgehend wegen einer Kachexie mit vitaler Gefährdung und massiver Dehydratation (KG 24,58 kg, BMI 8,81 kg/m²) auf die

Intensivstation der Medizinischen Klinik der LMU verlegt worden. Nach 3½ Wochen intensiv-medizinischer Behandlung und Ernährung über einen zentralen Venenkatheter und eine Nasalsonde wurde die Patientin mit einem Gewicht von 27 kg (BMI 9,68 kg/m²) auf die Normalstation der Inneren Klinik verlegt. Weil es dort zu keiner Gewichtsstabilisierung kam, sondern sich nach Wegfall der Intensivbedingungen rasch wieder eine Gewichtsabnahme sowie eine erneute akute vitale Bedrohung abzeichnete, wurde die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung und Unterbringung der Patientin in der Psychiatrischen Klinik der LMU angeregt.

Biographische Anamnese

Patientin 5 war 22 Jahre alt und wurde als mittleres von 3 Kindern eines Bauingenieurs und einer Hausfrau geboren. Sie sei ein erwünschtes Kind gewesen. Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung seien unauffällig gewesen. Allerdings habe sie schon im Kindergarten immer perfekt gekleidet sein wollen und auch sonst habe sie immer alle Aufgaben perfekt erfüllen wollen. Nach dreijährigem Kindergartenbesuch sei sie regulär eingeschult worden und habe nach der 4. Klasse mit besten Noten auf das Gymnasium gewechselt. Krankheitsbedingt sei sie später auf die Hauptschule gewechselt und habe dort den Qualifizierten Hauptschulabschluss und im Anschluss die Mittlere Reife abgelegt. Eine Ausbildung zur Bürokauffrau habe sie im 3. Lehrjahr krankheitsbedingt unterbrechen müssen. Mit Lehrern und Mitschülern habe sie sich gut verstanden.

Sexualanamnese

Sexuelle Gewalt habe die Patientin nie erlebt.

Psychiatrische Familienanamnese

Eine Cousine habe vorübergehend an Anorexia nervosa gelitten aber gut auf eine Therapie angesprochen. Die Großmutter väterlicherseits habe an einer Zwangsstörung gelitten. Der jüngere Bruder sei deutlich entwicklungsverzögert.

Somatische Anamnese

Z.n. Dekplattenkompressionsfraktur BWK 4 und 5 nach Sturz vor zwei Jahren und bestehender Osteoporose. Ihre Menarche habe die Patientin im Alter von 12 Jahren bekommen, in Folge ihrer Erkrankung sei es vor circa 8,5 Jahren zum Ausbleiben der Menstruation gekommen.

Vorbehandlungen

Im Zusammenhang mit ihrer Essstörung war die Patientin bisher fünfmal in einer Psychiatrischen oder Psychosomatischen Klinik und einmal in einer Medizinischen Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Eine ambulante Therapie habe keine langfristige Besserung der Symptomatik erzielt.

6.2.5.2 Behandlung und Verlauf Patientin 5

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Nach Ablauf der sechswöchigen Unterbringung willigte die Patientin freiwillig in eine Fortführung der Behandlung ein. Die im Unterbringungsverfahren eingerichtete rechtliche Betreuung blieb bestehen (Abb. 71).

Therapiedauer

Patientin wurde 263 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Nachdem die Patientin während der ersten zweieinhalb Wochen kaum an Gewicht zunehmen konnte, wurde eine PEG-Sonde gelegt. Die Patientin nahm fortan kontinuierlich an Gewicht zu (Abb. 72).

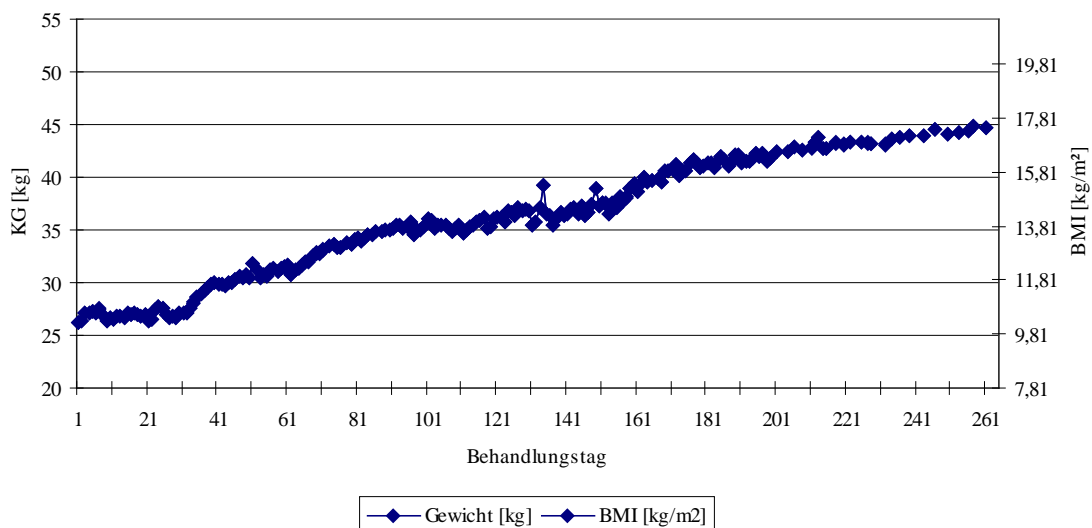


Abb. 72 Gewichtsentwicklung Patientin 5

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg während der Behandlung von 10,23 kg/m² auf 17,46 kg/m² bei der Entlassung (Abb. 72).

Ärztliche Behandlung

Für die Patientin wurde ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil und im Verlauf besserte sich die Therapiemotivation deutlich. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung und Art und Menge der Sondenkost fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an.

Pflegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und die Sondenkost und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Das Zimmer der Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht.

Ernährung

Es wurde zuerst versucht, dass die Patientin ihr Gewicht mit oraler hochkalorischer Nahrungsaufnahme erhöht. Nachdem die Patientin Essen in den Mülleimer warf, hochkalorische Flüssigkeit versteckte und erbrach, wurde nach 18 Tagen eine PEG-Sonde gelegt (damaliges Körpergewicht 26,75kg, BMI 9,59 kg/m³). Die täglich durch Sondenkost (Fresubin original fibre® 500 kcal/500 ml und Salvimulsin MCT® 800 kcal/500 ml) zugeführte Kalorienmenge lag zwischen 400 und 3200 kcal (Abb. 73), wobei die Patientin die Sondenkost auch trank. Wegen Manipulationen an der Sonde musste der Patientin zu Beginn der Behandlung die Sondenkost im Überwachungszimmer verabreicht werden. Die PEG-Sonde lag 200 Tage und wurde nach einer Gewichtszunahme von 16,5 kg auf 43,25 kg (BMI 15,51 kg/m²) entfernt.

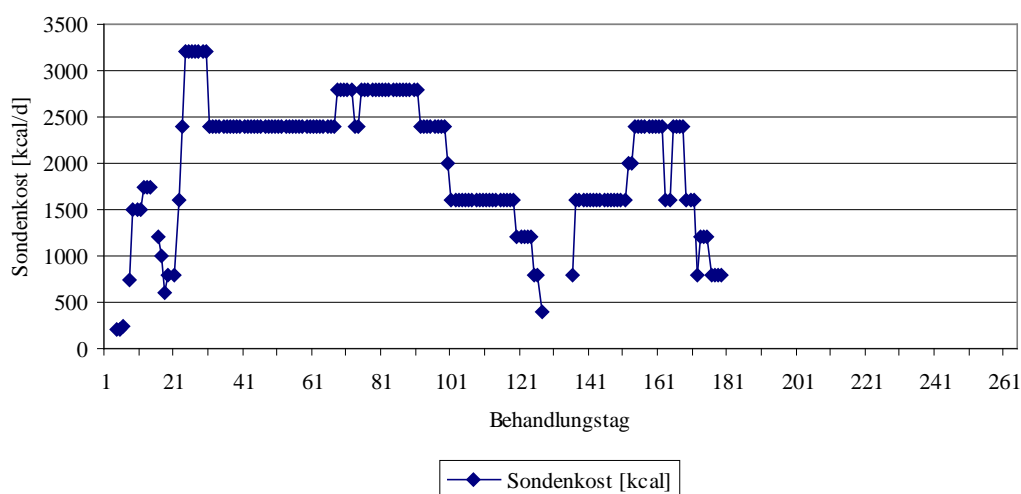


Abb. 73 Sondenkost Patientin 5

Medikamentöse Behandlung

Zur Behandlung des depressiven Syndroms und der Zwangssymptomatik, die sich mit steigendem Körpergewicht zunehmend manifestierte, wurde Paroxetin 20 – 60 mg/Tag ab dem 72. Behandlungstag gegeben. Hierunter und mit zunehmender Psychotherapiefähigkeit, kam es zu einer deutlichen Verbesserung der Symptomatik

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

Ein druchgeführtes kraniales MRT zeigte einen unauffälligen Befund

HAWIE-R

Bei Patientin 5 wurde 2-mal ein HAWIE-R durchgeführt. Am 23. Behandlungstag bei einem Gewicht von 27,70 kg (BMI 10,82 kg/m²) und am 204. Behandlungstag bei einem Gewicht von 42,55 kg (BMI 16,62 kg/m²). Bei der Wiederholung des Testes verbesserte sich die Patientin im Gesamt-IQ von 105 auf 119, im Verbalteil von 119 auf 122 und im Handlungsteil von 84 auf 111.

6.2.5.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 5

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die während der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU eingerichtete rechtliche Betreuung blieb über den Entlassungszeitpunkt hinaus bestehen (Abb. 71).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Die Patientin war wach und bewussteinklar und in allen Qualitäten sicher orientiert. Das formale Denken war unauffällig, die Patientin hatte die Ausübung von Zwangshandlungen unter der Therapie mit Paroxetin weitgehend unter Kontrolle. Es fand sich kein Anhalt für produktiv-psychotisches Erleben im Sinne von inhaltlichen Denkstörungen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Von Suizidalität war die Patientin glaubhaft distanziert. Es bestand eine realistische Einschätzung ihrer Krankheit, allerdings auch eine Überschätzung der eigenen Fähigkeiten, die Krankheit alleine zu bewältigen. Die Patientin war psychotherapiefähig und therapiemotiviert.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde nach 143 Tagen mit einer Gewichtssteigerung um 18,50 kg auf 44,70 kg (BMI 17,46 kg/m²) entlassen.

Die Herzfrequenz lag bei 67 Schläge/min, der Blutdruck bei 120/80 mmHg.

Das EKG war unauffällig, die EEG-Ableitung ergab ein abnormes EEG vom α -Typ mit intermittierend langsamer Aktivität. Es fand sich kein Hinweis auf einen Herd oder gesteigerte hirnelektische Erregbarkeit.

Im Labor zeigte sich eine Leukopenie ($4,27 \cdot 10^3/\mu\text{l}$).

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde zur selbst gewählten Weiterbehandlung in eine therapeutische Wohngemeinschaft entlassen.

6.2.6 Patientin 6

6.2.6.1 Aufnahme Patientin 6

Anlass der Aufnahme

Patientin 6 wurde wegen eines vital gefährdenden anorektischen Syndroms aus einer Medizinischen Klinik, in der sie intensivmedizinisch behandelt werden musste, in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt.

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Bei Verlegung der Patientin hatten die Ärzte der Intensivstation der vorbehandelnden Klinik die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung und betreuungsrechtlichen Unterbringung beantragt. Die Patientin willigte daraufhin doch freiwillig in die Aufnahme auf der geschlossenen Station der Psychiatrischen Klinik der LMU ein (Abb. 74).

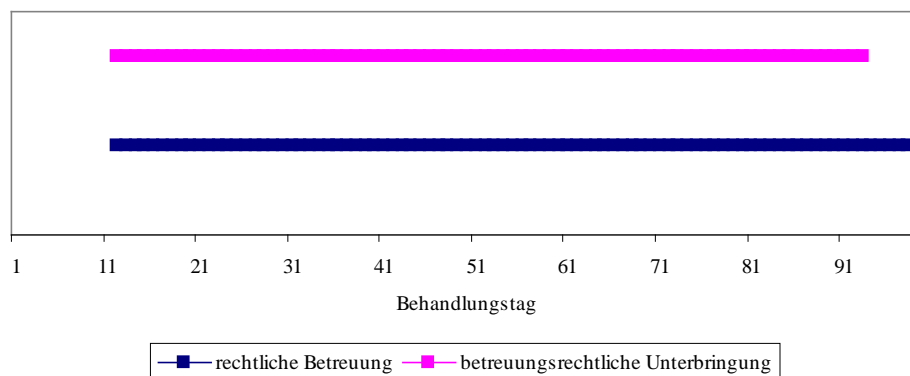


Abb. 74 Rechtsgrundlage Patientin 6

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Die Patientin war wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Psychomotorik und Gedankengang waren erheblich verlangsamt. Das formale Denken war durch ständiges Danebenreden mit Einengung geprägt. Inhaltlich äußerte die Patientin perseverierend, dass sie eigentlich gesund sei und nur einen „Schlankheitswahn“ habe. Hierbei äußerte sie, dass sie 33 – 35 kg wiegen müsse (BMI 12,57 – 13,34 kg/m²), um sich wohl zu fühlen. Die bei Anorexia nervosa vorkommenden Körperschemastörungen waren sämtlich eruierbar. Psychotische Symptome in Form von Wahn, Wahrnehmungs- und Ich-Störungen waren nicht eruierbar. Im Affekt wirkte sie inadäquat und verflacht. Vegetativ wurde über erheblich chronische Ein- und Durchschlafstörungen berichtet. Von Suizidalität war die Patientin

distanziert, es bestand keine Krankheitseinsicht und keine Behandlungsbereitschaft. Es bestand der Wunsch nach sofortiger Entlassung.

Somatischer Aufnahmebefund

Die 39-jährige, 1,62 m große Patientin wog 32,20 kg, der errechnete BMI betrug 12,27 kg/m². Die Herzfrequenz lag bei 86 Schlägen/min, der Blutdruck RR 80/60 mmHg.

Ein EKG wurde nicht abgeleitet, das EEG war unauffällig.

Im Labor zeigte sich eine Anämie (Erythrozyten $2,67 \cdot 10^3/\mu\text{l}$, Hb 8,50 g/dl, Hk 25,1 %).

Zuverlegung

Patientin 6 wurde aus einer Medizinischen Klinik zuverlegt.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Den Beginn der Essstörung datiert die Patientin in ihre frühe Jugend. Bereits im Alter von 12 Jahren habe sie wegen Konflikten mit den Eltern daran gedacht, möglichst bald auszuziehen. In der Pubertät habe sie einen „Schlankheitswahn“ entwickelt. Sie sei der Überzeugung gewesen, dass sie um so „reiner“ sei, je weniger sie wiege. Trotz ihrer Größe von 1,62 m habe sie nie mehr als 40-42 kg (BMI 14,24 – 16,00 kg/m²) gewogen. Aktuell sei die Patientin somnolent und nicht mehr bewegungsfähig zu hause nach Wohnungsöffnung aufgefunden und von den Eltern in eine Medizinische Klinik gebracht worden. Bei Aufnahme habe sie 28 kg gewogen (BMI 10,67 kg/m²), habe eine lebensbedrohliche Elektrolytentgleisung (Kalium 1,9 mmol/l), Hypoglykämie, und eine deutliche Anämie (Hb 8,6 g/dl) gehabt. In der Klinik habe die Patientin vier Tage intensivmedizinisch behandelt werden müssen, bevor eine Verlegung auf Normalstation möglich gewesen sei. Dort habe sie gedroht, sich den zentralvenösen Katheter (ZVK), über den sie ernährt worden sei, zu ziehen, nach hause zu gehen oder sich umzubringen und habe nicht länger ernährt werden wollen. Da sich eine adäquate Behandlung auf Normalstation als nichtdurchführbar herausgestellt habe, habe sie nach acht Tagen zurück auf die Intensivstation verlegt werden müssen. Von dort kam sie bei beantragter rechtlicher Betreuung und betreuungsrechtlicher Unterbringung zunächst freiwillig in die Psychiatrische Klinik der LMU. Neben der Essstörung bestehe seit mehreren Jahren ein Benzodiazepinabusus. Zur Zeit nähme die Patientin täglich 7,5 mg Diazepam.

Biographische Anamnese

Patientin 6 war 39 Jahre alt und wurde als jüngere von zwei Töchtern eines Maurers und einer Hausfrau geboren. Sie sei ein erwünschtes Kind gewesen, Schwangerschaft und Geburt seien komplikationslos verlaufen, Frühkindliche Entwicklungsstörungen seien nicht bekannt. Sie habe bereits mit sieben Jahren Ängste und Hemmungen gegenüber Lehrern und vor den hohen Ansprüchen des dominanten Vaters gehabt. Die Realschule habe sie nach der 9. Klasse mit einem Qualifizierten Hauptschulabschluss beendet. Im Anschluss habe sie eine Ausbildung zur Verkäuferin gemacht und 3 Jahre in einer Schuhfabrik gearbeitet, bevor sie einige Monate in einem Krankenhaus gejobbt und anschließend 2 Jahre als Kinderbetreuerin gearbeitet habe. Im Anschluss habe sie eine Ausbildung zur Teamassistentin gemacht und ein gutes Jahr als Büroangestellte gearbeitet. Auf Grund ihrer Erkrankung sei sie dann über ein Jahr krankgeschrieben gewesen. Zum Zeitpunkt der Aufnahme besteht seit 19 Monaten eine Erwerbsunfähigkeitsrente, die auf vorerst 23 Monate befristet ist.

Sexualanamnese

Den ersten Geschlechtsverkehr habe die Patientin im Alter von 17 Jahren gehabt. Mit 20 habe sie ihren letzten Partner kennen gelernt, mit dem sie 12 Jahre zusammen gewesen sei. Während der Pubertät habe ein Fremder versucht, sie zu vergewaltigen.

Psychiatrische Familienanamnese

Es liegen keine bekannten psychiatrischen Erkrankungen vor.

Somatische Anamnese

Vor drei Jahren wurde eine Osteoporose diagnostiziert, die jedoch zum Aufnahmezeitpunkt nicht mehr medikamentös behandelt wurde. Ihre Menarche habe die Patientin mit 13 Jahren gehabt, in Folge ihrer Erkrankung sei es vor circa drei Jahren zum Ausbleiben der Menstruation gekommen.

Vorbehandlungen

Im Zusammenhang mit ihrer Essstörung war die Patientin bisher einmal in einer Psychosomatischen Klinik und zweimal in einer Medizinischen Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Eine ambulante Therapie habe keine dauerhafte Besserung der Symptomatik erzielt.

6.2.6.2 Behandlung und Verlauf Patientin 6

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Da die Patientin die weitere Behandlung verweigerte und auf eine sofortige Entlassung bestand, wurde eine rechtliche Betreuung und betreuungsrechtliche Unterbringung beantragt. Diese bestanden ab dem 11. Behandlungstag. Die Unterbringung wurde nach 81 Tagen aufgehoben (Abb. 74).

Therapiedauer

Patientin 6 wurde 98 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Mit unterstützender Sondenkostgabe konnte die Patientin langsam, aber stetig zunehmen. Nach Absetzen der Sondenkost stabilisierte sich ihr Gewicht bei circa 42 kg (Abb. 75).

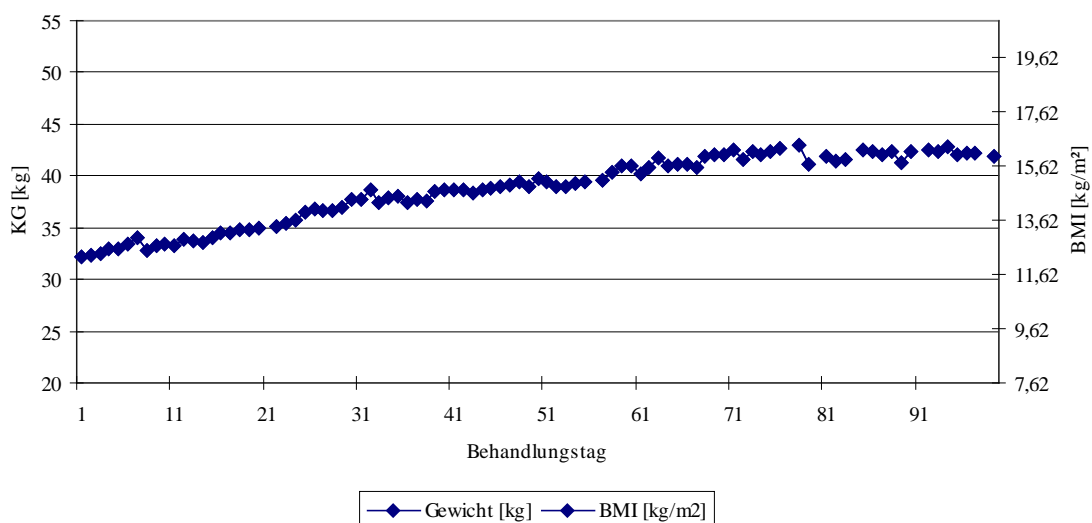


Abb. 75 Gewichtsentwicklung Patientin 6

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg entsprechend dem Körpergewicht während der Behandlung von 12,27 kg/m² auf 15,97 kg/m² bei der Entlassung (Abb. 75).

Ärztliche Behandlung

Für die Patientin wurde ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil und im Verlauf besserte sich die Therapiemotivation deutlich. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung und Art und Menge der Sondenkost fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an.

Pflegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und die Sondenkost und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Das Zimmer der Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht.

Ernährung

Da die Patientin nicht in der Lage war, durch selbständige Nahrungsaufnahme ausreichend Kalorien aufzunehmen, wurde am 3. Behandlungstag bei einem Gewicht von 33,00 kg (BMI 12,57 kg/m²) eine PEG-Sonde gelegt. Die täglich durch Sondenkost (Salvimulsin MCT® 800 kcal/500 ml) zugeführte Kalorienmenge lag zwischen 800 und 2400 kcal (Abb. 76), wobei die Patientin die Sondenkost auch trank. Die Sondenkost wurde am 70. Behandlungstag bei einem Gewicht von 42,50 kg (BMI 16,19 kg/m²) abgesetzt. Die PEG lag 85 Tage.

Die Sondenernährung wurde gut toleriert und die Patientin zeigte sich im Behandlungsverlauf kooperationsbereit.

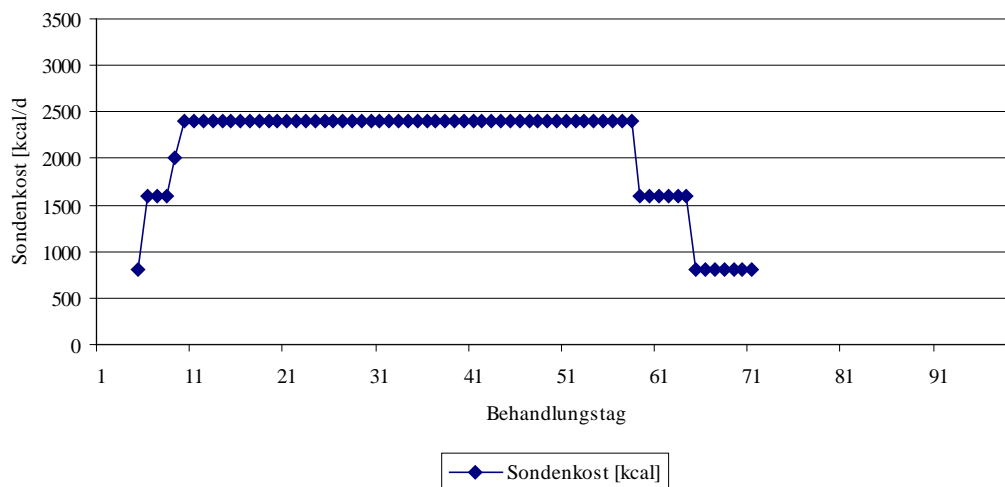


Abb. 76 Sondenkost Patientin 6

Medikamentöse Behandlung

Eine depressive Symptomatik wurde ab dem 53. Behandlungstag (39,20 kg, BMI 14,19 kg/m²) medikamentös mit Amitriptylin retard 25 – 100 mg/Tag behandelt. Hierunter besserte sich die Symptomatik.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

Ein kraniales MRT wurde nicht durchgeführt.

HAWIE-R

Bei Patientin 6 wurde 2-mal ein HAWIE-R durchgeführt. Am 11. Behandlungstag bei einem Gewicht von 33,90 kg (BMI 12,92 kg/m²) und 80. Behandlungstag bei einem Gewicht von 41,85 kg (BMI 15,95 kg/m²). Dabei verbesserte sich die Patientin im Gesamt-IQ von 79 auf 97, im Verbalteil von 86 auf 103 und im Handlungsteil von 72 auf 90.

6.2.6.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 6

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die während der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU eingerichtete rechtliche Betreuung blieb über den Entlassungszeitpunkt hinaus bestehen (Abb. 74).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Die Patientin war wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Psychomotorik, formales und inhaltliches Denken waren unauffällig. Der Affekt war unter der Therapie mit Amitriptylin stabil. Psychotische Symptome in Form von Wahn, Wahrnehmungs- und Ich-Störungen waren nicht eruierbar. Von Suizidalität war die Patientin distanziert, es bestand ausreichende Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde nach 98 Tagen mit einer Gewichtssteigerung um 9,70 kg auf 41,90 kg (BMI 15,97 kg/m²) entlassen.

Die Herzfrequenz lag bei 114 Schlägen/min, der Blutdruck bei 100/70 mmHg.

Auf die Ableitung eines EKG und EEG wurden verzichtet.

Im Labor zeigte sich eine Anämie (Hb 10,9 g/dl, Hk 33,7 %, MCV 71,9 fl, MCH 23,4 pg) und Thrombozytose (529 /nl).

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde in eine selbst gewählte ambulante Weiterbehandlung entlassen.

6.2.7 Patientin 7

6.2.7.1 Aufnahme Patientin 7

Anlass der Aufnahme

Patientin 7 wurde mit einem vital gefährdenden anorektischen Syndrom aus einer Medizinischen Klinik, in der sie intensivmedizinische behandelt werden musste, in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt.

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Um einer drohenden Unterbringung durch das bereits angeregte Unterbringungsverfahren zu entgehen, willigte die Patientin zunächst freiwillig in den Verbleib und die Behandlung auf der geschlossenen Station der Psychiatrischen Klinik der LMU ein (Abb. 77).

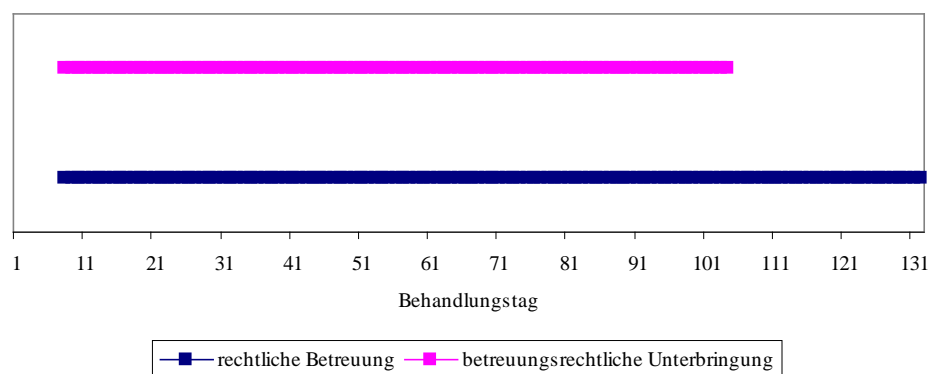


Abb. 77 Rechtsgrundlage Patientin 7

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Die Patientin war wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Auffassung und Konzentration waren massiv beeinträchtigt. Das formale Denken zeigte eine ausgeprägte Einengung und ebenso wie die Psychomotorik eine erhebliche Verlangsamung. Anhalt für psychotisches Erleben fand sich nicht, auch Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen waren nicht eruierbar. Im Affekt wirkte die Patientin gering- bis mittelgradig niedergestimmt, ratlos und verzweifelt. Insgesamt war die Krankheits- und Behandlungseinsicht nur oberflächlich. Eine differenzierte Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheitssituation ließ die Patientin vermissen. Ein eigener freier Wille konnte zum Aufnahmezeitpunkt nicht angenommen werden. Die Patientin stimmte der Aufnahme angesichts der drohenden Zwangsunterbringung widerwillig zu und versuchte im initialen Gespräch einer Ernährung durch Magensonde

auszuweichen. Sie distanzierte sich zwar auf Nachfragen von Suizidalität, vermochte hierbei aber die eigene lebensbedrohliche Situation nicht zu erkennen.

Somatischer Aufnahmebefund

Die 19-jährige Patientin war 1,77 m große und wog 34,20 kg. Der daraus errechnete BMI betrug 10,92 kg/m².

Die Herzfrequenz lag bei 49 Schlägen/min, der Blutdruck RR 90/65 mmHg.

Das EKG vom Aufnahmetag zeigte eine Sinusbradykardie (50 Schläge/min) mit gelegentlich vorzeitigen Vorhofkomplexen, das EEG war unauffällig.

Im Labor zeigte sich eine Leukopenie (3,01/nl) und Anämie (Erythrozyten 3,79/pl).

Zuverlegung

Patientin 7 wurde aus einer Medizinischen Klinik zuverlegt.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Seit fünf Jahren leide sie an Anorexia nervosa. Seither seien mehrere erfolglose ambulante und stationäre psychosomatische-psychotherapeutische Behandlungsversuche erfolgt. Bei anhaltendem Gewichtsverlust und Nahrungsverweigerung waren drei Behandlungen auf Intensivstationen in den letzten vier Monaten nötig geworden. Zuletzt wurde von den behandelnden Ärzten auf einer medizinischen Intensivstation beim Vormundschaftsgericht eine rechtliche Betreuung und betreuungsrechtliche Unterbringung der Patientin und Genehmigung eines Behandlungsplans beantragt und die Patientin nach Stabilisierung ihres Zustandes in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt.

Biographische Anamnese

Patientin 7 war 19 Jahre alt und wurde als jüngeres von zwei Kindern eines Juristen und einer Psychotherapeutin geboren. Sie sei ein erwünschtes Kind gewesen. Während der Schwangerschaft sei es zu vorzeitiger Wehentätigkeit gekommen, weswegen ihre Mutter die letzten 3 Monate habe liegen müssen. Die Geburt sei normal verlaufen. Frühkindliche Auffälligkeiten und Entwicklungsstörungen hätten nicht bestanden. Als Kind sei sie sehr ängstlich und unsicher gewesen, habe nach den Wünschen und Bedürfnissen der Anderen gelebt und sich wie ein Modellkind verhalten. Nach dem Kindergarten sei sie regelrecht eingeschult worden und habe anschließend das Gymnasium besucht. Vor zweieinhalb Jahren

habe sie in der Abschlussklasse ihre Schulausbildung krankheitsbedingt unterbrechen müssen.

Sexualanamnese

Da „die Krankheit immer mehr da war“, habe sie noch keine sexuellen Erfahrungen gemacht. Sexuelle Gewalt habe sie nie erlebt.

Psychiatrische Familienanamnese

Es liegen keine bekannten psychiatrischen Erkrankungen vor.

Somatische Anamnese

Unproblematische Masern, Mumps und Windpockenerkrankung im Kindesalter. Ihre Menarche habe sie noch nicht gehabt.

Vorbehandlungen

Im Zusammenhang mit ihrer Essstörung war die Patientin bisher dreimal in einer Psychosomatischen Klinik und viermal in einer Medizinischen Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Mehrere ambulante Therapieversuche hätten keine Besserung der Symptomatik erzielt.

6.2.7.2 Behandlung und Verlauf Patientin 7

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Die Patientin war nicht in der Lage, die Gefährlichkeit ihres Zustandes und die Notwendigkeit therapeutischer Maßnahmen einzusehen und verweigerte eine adäquate Therapie. Aus diesem Grund wurde nach 6 Behandlungstagen ein Antrag auf die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung und betreuungsrechtlichen Unterbringung gestellt. Die Unterbringung bestand für 14 Wochen, anschließend willigte die Patientin freiwillig in die Behandlung und den Verbleib auf der Station ein (Abb. 77).

Therapiedauer

Patientin 7 wurde 131 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Nachdem es zu Behandlungsbeginn zu einer leichten Gewichtszunahme gekommen war, nahm die Patientin wieder an Gewicht ab. Aus diesem Grund wurde am 13. Behandlungstag eine PEG-Sonde gelegt. Mit unterstützender Sondenernährung gelang es der Patientin stetig an Gewicht zuzunehmen (Abb. 78).

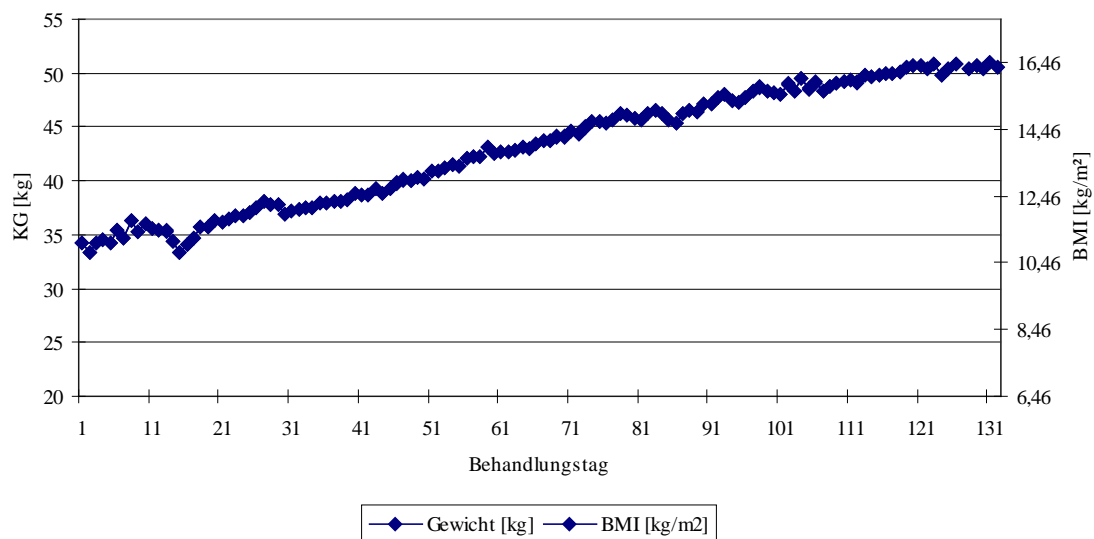


Abb. 78 Gewichtsentwicklung Patientin 7

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg während der Behandlung von 10,92 kg/m² auf 16,15 kg/m² bei der Entlassung (Abb. 78).

Äztliche Behandlung

Für die Patientin wurde ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil und im Verlauf besserte sich die Therapiemotivation deutlich. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung und Art und Menge der Sondenkost fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an.

Plegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und die Sondenkost und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Das Zimmer der Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht.

Ernährung

Die Patientin wurde mit einer Nasalsonde aus einer internistischen Intensivstation zuverlegt. Da es zu Schmerzen im Bereich der Nasalsonde kam und die Patientin die Therapie ohne Sondenanlage durchführen wollte, wurde diese am 2. Behandlungstag entfernt. Weil die Patientin nicht selbstständig in der Lage war, ihr Gewicht zu steigern, wurde am 13.

Behandlungstag bei einem Gewicht von 34,45 kg (BMI 11,12 kg/m²) eine PEG-Sonde angelegt. Die täglich durch Sondenkost (Fresubin original fibre® 500 kcal/500 ml und Salvimulsin MCT® 800 kcal/500 ml) zugeführte Kalorienmenge lag zwischen 500 und 2400 kcal (Abb. 79), wobei die Patientin die Sondenkost auch trank. Die Menge der Sondenkost wurde mit zunehmender Fähigkeit, den Kalorienbedarf durch normale Nahrungsaufnahme zu decken reduziert. Während der 113 Tage, die die Sonde lag, konnte eine Gewichtszunahme von 34,45 kg auf 47,80 kg (BMI 15,26 kg/m²) erreicht werden.

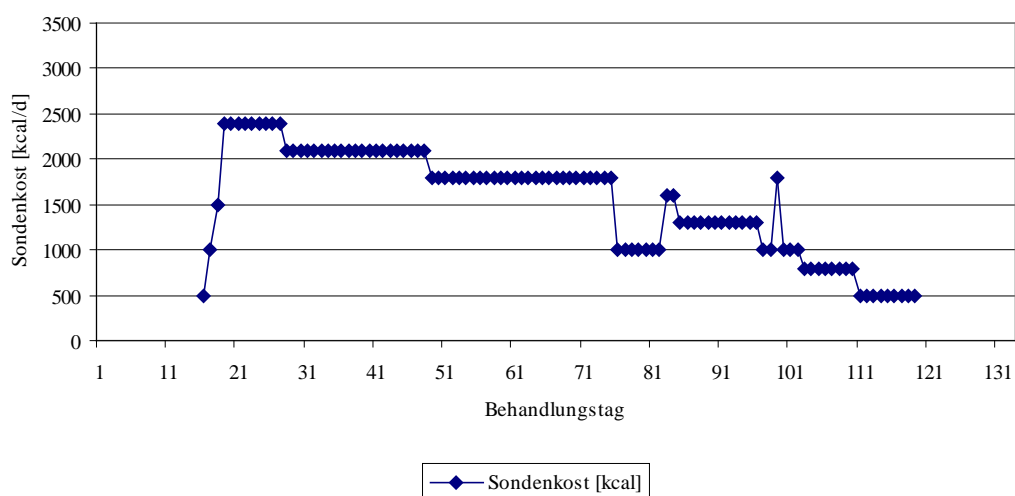


Abb. 79 Sondenkost Patientin 7

Medikamentöse Behandlung

Im Behandlungsverlauf kam es ab einem Gewicht von circa 41 kg (BMI 13,09 kg/m²) zunehmend zu einer Stimmungsverschlechterung, so dass ab dem 55. Behandlungstag bei einem Gewicht von 42,1 kg (BMI 13,59 kg/m²) eine medikamentöse Therapie mit Amitriptylin 25 – 100 mg/Tag begonnen wurde. Da eine am 73. Behandlungstag durchgeführte Spiegel-kontrolle sowohl für Amytriptilin als auch Nortryptilin einen Wert von 0 ng/ml ergab, die Patientin aber versicherte, die Medikamente genommen zu haben, wurde erneut mit der Aufdosierung ausgehend von 25 mg/d begonnen. Da die Patientin einer Dosissteigerung nicht zustimmte, wurde Amitriptylin vereinbarungsgemäß wieder abgesetzt. Bestehende Beinödeme wurden mit Dityde H® ½ Tablette/Tag behandelt.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

In der MRT-Untersuchung fand sich ein unregelmäßig begrenzter Substanzdefekt im Bereich der zentralen Pons im Sinne einer Zentralen Pontinen Myelinolyse. Eine Kontrolluntersuchung vor der Entlassung zeigte einen unveränderten Befund.

HAWIE-R

Bei Patientin 7 wurde 2-mal ein HAWIE-R durchgeführt. Am 11. Behandlungstag bei einem Gewicht von 35,45 kg (BMI 11,32 kg/m²) errichte die Patientin im Gesamtteil einen IQ von 116, im Verbal Teil 125 und im Handlungsteil 102. Bei der Wiederholung des Testes am 104. Behandlungstag bei einem Gewicht von 48,55 kg (BMI 15,50 kg/m²) wurde nur der Handlungsteilteil untersucht, da hier im Vortest ein deutlicher Unterschied von über 20 IQ-Punkten zum Verbalteil aufgefallen war. Die Patientin verbesserte sich im Handlungsteil von 102 auf 108 IQ-Punkte.

6.2.7.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 7

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die während der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU eingerichtete rechtliche Betreuung blieb über den Entlassungszeitpunkt hinaus bestehen (Abb. 77).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Die Patientin war wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Auffassung, Konzentration, formales Denken, Psychomotorik und Affekt waren unauffällig. Anhalt für psychotisches Erleben fand sich nicht, auch Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen waren nicht eruierbar. Insgesamt war die Krankheits- und Behandlungseinsicht nur oberflächlich. Es bestand weiterhin eine Körperschemastörung.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde nach 131 Tagen mit einer Gewichtssteigerung um 16,40 kg auf 50,60 kg (BMI 16,15 kg/m²) entlassen.

Die Herzfrequenz lag bei 81 Schlägen/min, der Blutdruck bei 100/75 mmHg.

Das EKG war unauffällig, auf die erneute Ableitung eines EEGs wurde verzichtet.

Das Labor zeigte eine Anämie (Erythrozyten 3,84/pl, Hb 9,8 g/dl, Hk 29,9).

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde zur selbst gewählten Weiterbehandlung in eine psychosomatische Klinik entlassen.

6.2.8 Patientin 8

6.2.8.1 Aufnahme Patientin 8

Anlass der Aufnahme

Patientin 8 wurde auf Grund mangelnder Compliance und ausbleibender Gewichtszunahme mit einem vital gefährdenden anorektischen Syndrom aus einer Psychosomatischen Klinik in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt.

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Die Patientin willigte zunächst freiwillig in die Aufnahme und Therapie auf der geschlossenen Station der Psychiatrischen Klinik der LMU ein (Abb. 80).

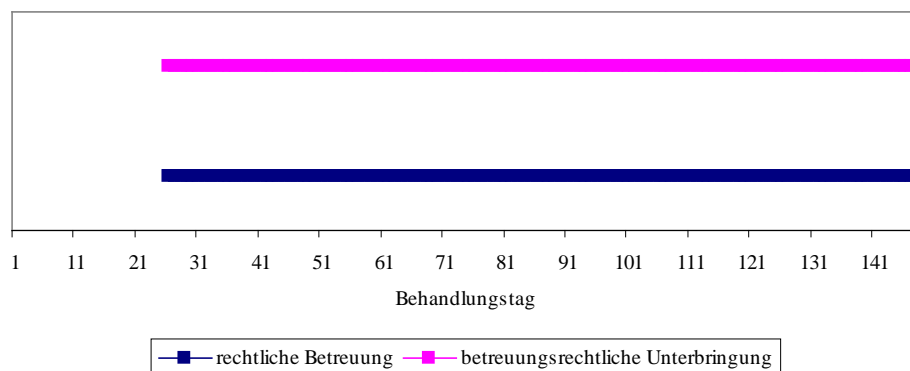


Abb. 80 Rechtsgrundlage Patientin 8

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Die Patientin war wach, sehr gepflegt und wirkte etwas exzentrisch. Sie war in allen Qualitäten vollorientiert. Schon bei grober Prüfung fanden sich erhebliche Beeinträchtigungen der Auffassung und Konzentration. Die Psychomotorik sowie der formale Gedankengang wirkten verlangsamt. Thematisch war die Patientin deutlich auf ihre Essstörung eingeeengt, wirkte hierbei auch gedanklich sehr verarmt. Inhaltlich trug die Patientin vor, mit ihrer Störung ohne jegliche fremde Hilfe fertig werden zu können. Darüber hinausgehende Wahnsymptome waren nicht zu eruieren. Ebenso ergab sich kein Anhalt für psychotische Symptome wie Halluzination oder Ich-Störungen. Im Affekt wirkte sie niedergestimmt, überwiegend ratlos, gleichzeitig durch die Aufnahme in einer geschlossenen Abteilung gekränkt. Der Antrieb war insgesamt vermindert, die Psychomotorik wirkte teilweise maniert. Psychovegetativ bestanden ein allgemeines Schwächegefühl sowie

Durchschlafstörungen. Suizidalität wurde von der Patientin verneint. Die Krankheits- und Behandlungseinsicht waren rudimentär ausgeprägt.

Somatischer Aufnahmebefund

Die 24-jährige Patientin war 1,78 m große und wog 38,35 kg. Der daraus errechnete BMI betrug 12,10 kg/m².

Die Herzfrequenz lag bei 64 Schlägen/min, der Blutdruck bei 135/90 mmHg.

Das EKG zeigte eine Sinusbradykardie (51 Schläge/min), das EEG war unauffällig.

Im Labor zeigte sich eine Hyponatriämie (126 mmol/l), eine Leukopenie (2,89/nl) und Anämie (Erythrozyten 3,54/pl, Hb 11,3 g/dl, Hk 33,0 %).

Zuverlegung

Patientin 8 wurde aus einer Psychosomatischen Klinik zuverlegt.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Die Patientin leide seit sieben Jahren an Anorexia nervosa. Auslöser seien die plötzlich auftretenden Symptome einer Leberzirrhose bei Morbus Wilson und die Traumatisierung durch die Organtransplantation gewesen. Nach dieser habe sie immer weniger gegessen und von 75 kg (BMI 23,67 kg/m²) auf 55 kg (BMI 17,26 kg/m²) abgenommen. Zu einer Stabilisierung sei es während ihrer Ehe gekommen. Nach dem plötzlichen Tod ihres Mannes habe sie erneut stark abgenommen. Essen habe sie zu diesem Zeitpunkt nur noch gekaut und anschließend ohne etwas zu schlucken wieder ausgespuckt. Ihr niedrigstes Gewicht seien 35 kg (BMI 11,05 kg/m²) gewesen. vier Monate vor der jetzigen Aufnahme habe sie wegen ihrer Essstörung dreimal kurzfristig in einer Internistischen Klinik behandelt werden müssen. Es folgte ein Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik, aus der sie wegen massiver Complianceprobleme und Manipulationsversuchen bei ausbleibender Gewichtszunahme in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt wurde.

Biographische Anamnese

Patientin 8 war 24 Jahre alt und wurde als zweites von zwei Kindern eines Apothekers und einer pharmazeutisch-technischen Angestellten geboren. Sie sei ein erwünschtes Kind gewesen. Probleme während Schwangerschaft und Geburt seien nicht bekannt. Sie kaue bis heute manchmal Nägel und habe bis ins Alter von 15 Jahren gelegentlich in das Bett genässt. Sie sei regelrecht eingeschult worden und habe bis zur 11. Klasse das Gymnasium besucht.

Zu diesem Zeitpunkt sei eine weit fortgeschrittene Leberzirrhose bei Morbus Wilson diagnostiziert worden. Durch die Krankheit und die notwendige Lebertransplantation habe sie die Schule vorzeitig mit Mittlerer Reife abgeschlossen. Im Anschluss habe sie eine Ausbildung zur pharmazeutisch-technischen Assistentin gemacht. Eine anschließend begonnene zweite Ausbildung als Kosmetikerin habe sie nicht abgeschlossen.

Sexualanamnese

Den ersten Geschlechtsverkehr mit 14 Jahren. Sexuelle Gewalt habe sie im Alter von 16 Jahren in Form massiver Nötigung erlebt.

Psychiatrische Familienanamnese

Es liegen keine bekannten psychiatrischen Erkrankungen vor.

Somatische Anamnese

Im Alter von 17 Jahren Diagnose eines Morbus Wilson mit Lebertransplantation bei akutem Leberzerfallskoma, mit 20 Jahren Appendektomie. Ihre Menarche habe die Patientin mit 13 Jahren gehabt. Zurzeit bestünde wegen der Anorexie eine Amenorrhoe.

Vorbehandlungen

Im Zusammenhang mit ihrer Essstörung war die Patientin bisher zweimal in einer Psychosomatischen Klinik und dreimal in einer Medizinischen Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Eine ambulante Therapie habe keinen dauerhaften Therapieerfolg erbracht.

6.2.8.2 Behandlung und Verlauf Patientin 8

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Da die Patientin kontinuierlich versuchte, die Nahrungsaufnahme bei den Mahlzeiten zu vermeiden, indem sie Nahrung auf der Station versteckte oder gekaute Nahrung wieder ausspuckte, sich gegen jedwede Therapie verweigerte und die Schwere ihrer Erkrankung weiterhin nicht erkennen konnte, wurde bei der vital gefährdeten Patientin am 22. Behandlungstag die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung und betreuungsrechtlichen Unterbringung beantragt, um eine adäquate Nahrungszufuhr und Therapie zu gewährleisten. Die Unterbringung bestand 122 Tage vom 25. Behandlungstag (KG 41 kg, BMI 12,65 kg/m²) bis zur Entlassung (Abb. 80).

Therapiedauer

Patientin 8 wurde 147 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Nachdem es zu Beginn der Behandlung zu einer weiteren Gewichtsreduktion gekommen war, begann die Patientin nur langsam und unter starken Widerstand, zuzunehmen. Nach dem Legen einer PEG-Sonde konnte eine bessere Zunahme realisiert werden, wobei frühe Versuche, die Menge der Sondenkost zu reduzieren, immer zu einer erneuten Abnahme führten. Erst gegen Ende der Behandlung konnte die Patientin ihr Gewicht durch alleinige Aufnahme von Normalkost stabilisieren (Abb. 81).

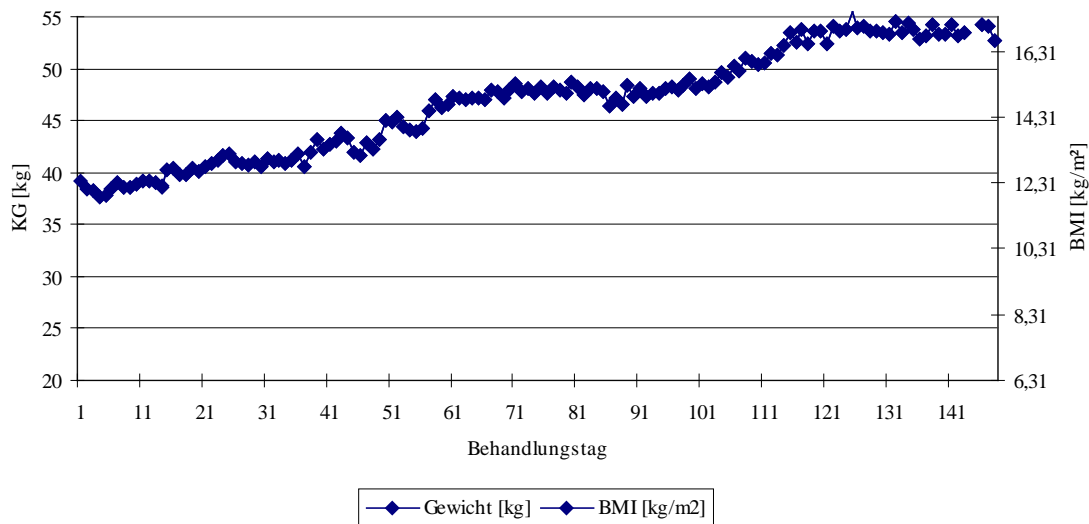


Abb. 81 Gewichtsentwicklung Patientin 8

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg während der Behandlung von 12,10 kg/m² auf 16,63 kg/m² bei der Entlassung (Abb. 81).

Ärztliche Behandlung

Für die Patientin wurde ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil und im Verlauf besserte sich die Therapiemotivation deutlich. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung und Art und Menge der Sondenkost fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an. Die Kollegen aus der Transplantationsmedizin wurden hinzugezogen, um die immunsuppressive Therapie zu überwachen.

Pflegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und die Sondenkost und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Das Zimmer der Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht.

Ernährung

Zu Beginn der Behandlung wurde versucht, das Gewicht der Patientin durch orale Nahrungszufuhr zu stabilisieren. In den ersten 4 Behandlungswochen kam es immer wieder zu Verstößen gegen den Therapievertrag in Form von Manipulationsversuchen beim Wiegen, Verstecken und Horten von Nahrungsmitteln, Ausspucken von gekauter Nahrung in ihre Tasche oder der heimlichen Einnahme von Süßstoff und anderen Laxantien. Nach Rücksprache mit der Transplantationsabteilung und der Betreuerin wurde am 46. Behandlungstag (KG 42,90 kg, BMI 13,24 kg/m²) eine PEG-Sonde gelegt. Die täglich durch Sondenkost zugeführte Kalorienmenge lag zwischen 500 und 2400 kcal (Abb. 82), wobei die Patientin die Sondenkost auch trank. Die Patientin manipulierte an der Sondennahrung, indem sie diese verdünnte oder ganz durch Wasser zu ersetzen versuchte. Im Verlauf bestand nur eingeschränkte Behandlungsbereitschaft. Das Essverhalten änderte sich nur langsam und andere Patienten beschwerten sich wiederholt, dass die Patientin Essen aus ihren Schränken entwenden würde. Die PEG-Sonde wurde nach 81 Tagen am 127. Behandlungstag entfernt. In diesem Zeitraum kam es zu einer Gewichtszunahme um 10,75 kg auf 53,65 kg (BMI 16,56 kg/m²).

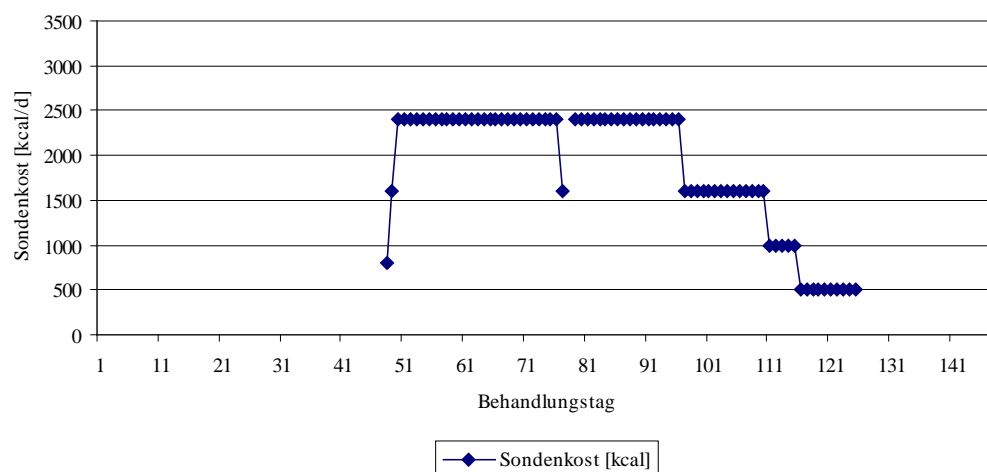


Abb. 82 Sondenkost Patientin 8

Medikamentöse Behandlung

Die Medikamentöse Therapie bestand aus einer Immunsuppression mit Ciclosporin zweimal 125 mg/Tag und einer Vitamin D-Substitution mit Ossosfortin® forte 2 Tabletten/Tag.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

Das kraniale MRT am 12. Behandlungstag (KG 39,10 kg, BMI 12,34 kg/m²) war unauffällig.

HAWIE-R

Bei Patientin 8 wurde zweimal ein HAWIE-R durchgeführt. Am 12. Behandlungstag bei einem Gewicht von 39,10 kg (BMI 12,07 kg/m²) und am 139. Behandlungstag bei einem Gewicht von 53,30 kg (BMI 16,45 kg/m²). Dabei verbesserte sich die Patientin im Gesamt-IQ von 77 auf 84, im Verbalteil von 86 auf 89 und im Handlungsteil von 65 auf 76.

6.2.8.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 8

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die während der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU eingerichtete rechtliche Betreuung blieb über den Entlassungszeitpunkt hinaus bestehen (Abb. 80).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Bei Entlassung zeigte sich die Patientin allseits orientiert. Auffassung, Konzentration, Psychomotorik, Affekt sowie der formales und inhaltliches Denken waren unauffällig. Es gab keinen Anhalt für psychotische Symptome wie Halluzination oder Ich-Störungen. Suizidalität bestand nicht. Trotz deutlich verbesserter Psychotherapiefähigkeit blieb die Krankheitseinsicht und Therapiemotivation gering. Eine weitere Behandlung in einer Spezialabteilung für Essstörungen zur psychotherapeutischen Behandlung wurde zur Sicherung des Therapieerfolges als unumgänglich angesehen. Das Rückfallrisiko bei Entlassung nach Hause wurde als erheblich eingestuft.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde nach 147 Tagen mit einer Gewichtssteigerung um 9,70 kg auf 41,90 kg (BMI 16,27 kg/m²) entlassen. Die Herzfrequenz lag bei 87 Schlägen/min und der Blutdruck bei 115/65 mmHg.

Auf die erneute Ableitung eines EKGs und EEGs wurde verzichtet.

Im Labor bestand eine Anämie (Erythrozyten 3,54/pl, Hb 10,3 g/dl, Hk 30,1 %).

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde zur selbst gewählten Weiterbehandlung in eine Psychosomatische Klinik entlassen.

6.2.9 Patientin 9

6.2.9.1 Aufnahme Patientin 9

Anlass der Aufnahme

Patientin 9 wurde mit einem vital gefährdenden anorektischen Syndrom aus einer Psychosomatischen Klinik in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt.

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Die Patientin willigte freiwillig in die Aufnahme auf der geschlossenen Station der Psychiatrischen Klinik der LMU ein (Abb. 83).

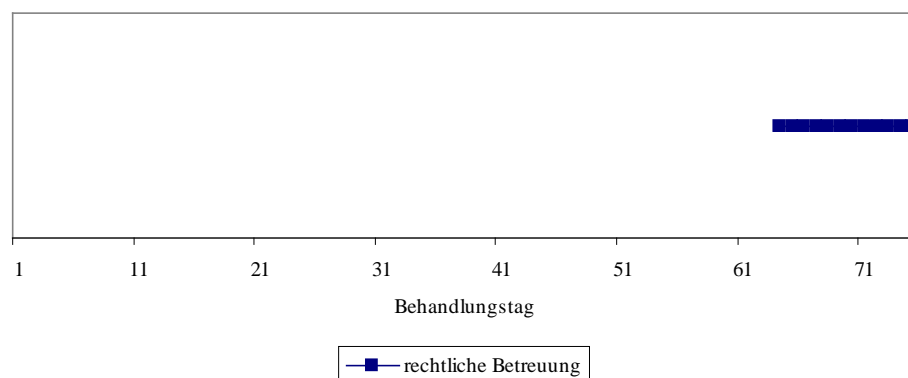


Abb. 83 Rechtsgrundlage Patientin 9

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Gepflegte Patientin, die wach und zu allen Qualitäten orientiert war. Konzentrationsfähigkeit und Auffassung waren bei unauffälliger Merkfähigkeits- und Gedächtnisleistung geringgradig herabgesetzt. Im formalen Denken dominierte eine teilweise stark ausgeprägte Einengung auf die Themen Gewichtsabnahme und drohende Gewichtszunahme. Wahnhaftes Erleben, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen waren nicht zu explorieren. Affektiv wirkte die Patientin misstrauisch und zurückhaltend bei allgemein adäquater Stimmungslage. Eine differenzierte Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheitssituation ließ die Patientin vermissen. Sie stimmte der Aufnahme zögerlich zu. Sie distanzierte sich auf Nachfrage von suizidalität, vermochte aber die eigenen lebensbedrohlich Situation nicht zu erkennen.

Somatischer Aufnahmebefund

Die 22-jährige Patientin war 1,66 m groß und wog 32,50 kg (BMI 11,79 kg/m²).

Die Herzfrequenz lag bei 59 Schlägen/min, der Blutdruck RR 100/70 mmHg.

Das EKG zeigte einen normalen Sinusrhythmus mit Sinus-Arrhythmie und nicht spezifischer T-Wellen-Abnormität. Die Frequenz lag bei 62 Schläge/min. Ein EEG wurde nicht abgeleitet. Im Labor zeigte sich eine Anämie (Erythrozyten 3,74/pl).

Zuverlegung

Patientin 9 wurde aus einer Psychosomatischen Klinik zuverlegt.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Patientin 9 leide seit ihrem 16. Lebensjahr an Anorexia nervosa, die sie aber immer wieder selbst in den Griff bekommen habe. Ihre Erkrankung habe sich seit zwei Jahren schleichend verschlimmert, indem sie immer weniger gegessen und zum Schluss nur noch Zitrusfrüchte in geringen Mengen verzehrt habe. Sie habe einen Psychologen aufgesucht, der mit ihr eine Psychoanalyse begonnen habe, die sie jedoch nach 10 Sitzungen abgebrochen habe. Als Gründe für ihr Verhalten gibt sie Selbsthass und Selbstbestrafung an. Sie fühle sich immer noch leistungsfähig, verstehe, dass sie eigentlich mehr essen müsse, könne das jedoch nicht in die Tat umsetzen, zumal sie ihr jetziges Gewicht von 32,50 kg (BMI 11,79 kg/m²) immer noch zu hoch finde.

Die Androhung der Schule, sie von dieser zu verweisen, führte zur Aufnahme in eine psychosomatische Klinik. Nach neun Tagen erfolgte eine Verlegung auf freiwilliger Rechtsgrundlage in die Universitätsnervenklinik.

Biographische Anamnese

Patientin 9 war 22 Jahre alt und wurde als älteste von zwei Schwestern eines leitenden Angestellten und einer Steuerberaterin geboren. Sie sei ein erwünschtes Kind gewesen. Es sei eine Zangengeburt erfolgt. Sie sei ein gutes halbes Jahr gestillt worden und habe normal laufen und Sprechen gelernt. Bis zum 5. Lebensjahr habe sie Daumen gelutscht, ansonsten hätten keine Frühkindlichen Entwicklungsstörungen und Auffälligkeiten bestanden.

Die Mutter habe nach der Geburt sofort wieder zu Arbeiten begonnen, sie sei von den Großeltern versorgt worden. Nach einem zweijährigen Kindergartenbesuch sei sie regelrecht eingeschult worden. Sie sei schüchtern und zurückgezogen gewesen, habe sich den Lehrern versucht unterzuordnen und anzupassen. Sie habe keinen Wert auf Cliquen und Freundschaften mit Mitschülern gelegt. Im 7. Lebensjahr habe sie mit Ballett begonnen und im Lauf der Zeit fünfmal Wöchentlich bis zu sechs Stunden trainiert und die Schule stets als zweitrangig betrachtet. Nach Erreichen der Mittleren Reife habe sie eine dreijährige

Ausbildung zur Sport- und Gymnastiklehrerin absolviert, anschließend eine Tanzausbildung in einer Ballettschule in Dresden begonnen, die sie aber nach drei Monaten beendet habe. Ihr aktuelles Ziel sei, ihr Fachabitur abzulegen und Sozialpädagogik zu studieren.

Sexualanamnese

Mit 18 Jahren habe sie ihren ersten Freund kennen gelernt. Im Laufe der zwei Jahre dauernden Beziehung habe sie sich eingeengt gefühlt und diese letztendlich beendet. Es sei nie zum Geschlechtsverkehr gekommen, da sie davor Ekel und Abscheu empfinde. Sexuelle Gewalt habe sie nie erfahren.

Psychiatrische Familienanamnese

Es liegen keine bekannten psychiatrischen Erkrankungen vor.

Somatische Anamnese

Es sind keine somatischen Vorerkrankungen bekannt. Ihre Menarche habe sie mit 15 Jahren gehabt, in Folge ihrer Erkrankung sei es zum Ausbleiben der Menstruation gekommen.

Vorbehandlungen

Im Zusammenhang mit ihrer Essstörung war die Patientin bisher einmal in einer Psychosomatischen Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Eine ambulante Therapie habe keine Besserung der Symptomatik gebracht.

6.2.9.2 Behandlung und Verlauf Patientin 9

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Die Patientin willigte freiwillig in die Behandlung und den Verbleib auf der geschlossenen Station ein. Da die Patientin eine Anschlussbehandlung aber entschieden ablehnte, wurde zur Sicherung des bisherigen Therapieerfolges und nach Rücksprache mit dem Vormundschaftsgericht, eine rechtliche Betreuung beantragt und eingerichtet (Abb. 83).

Therapiedauer

Patientin 9 wurde 74 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Da es zu Behandlungsbeginn kaum zu einer Gewichtszunahme kam, wurde der Patientin mit ihrem Einverständnis am 18. Behandlungstag eine PEG-Sonde gelegt. Unter dieser Maßnahme kam es tendenziell zu einer kontinuierlichen Gewichtszunahme. Nach Absetzen

der Sondenkost kam es zu leichten Gewichtsschwankungen, bevor die Patientin weiter zunehmen konnte (Abb. 84).

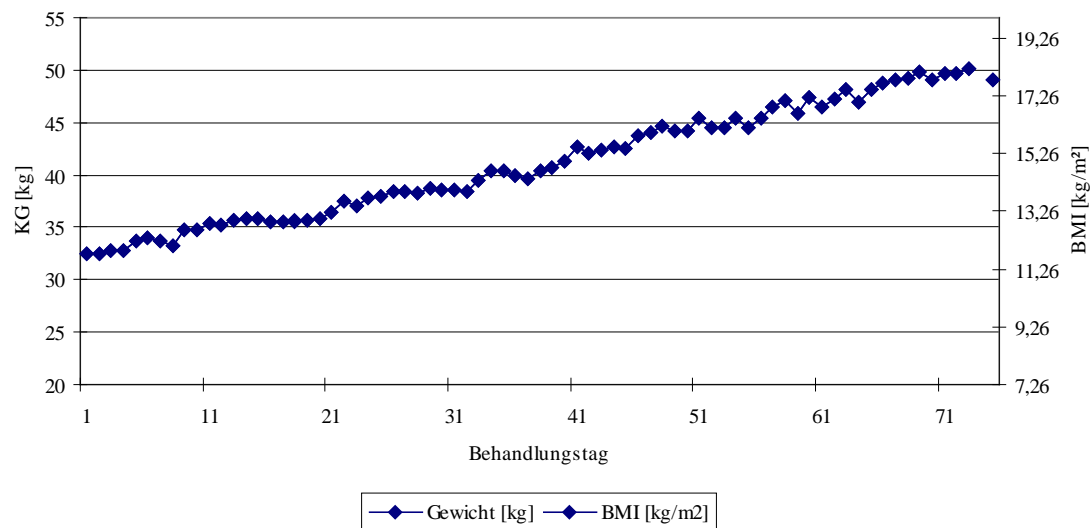


Abb. 84 Gewichtsentwicklung Patientin 9

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg während der Behandlung von 11,79 kg/m² auf 17,78 kg/m² bei der Entlassung (Abb. 84).

Ärztliche Behandlung

Für die Patientin wurde ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil und im Verlauf besserte sich die Therapiemotivation deutlich. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung und Art und Menge der Sondenkost fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an.

Pflegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und die Sondenkost und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Das Zimmer der Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht.

Ernährung

Patientin 9 wurde mit einer Nasensonde aus einer psychosomatischen Klinik zuverlegt. Die Patientin willigte am 18. Behandlungstag freiwillig in das Legen einer PEG-Sonde ein.

Trotzdem manipulierte sie am Sondenbeutel. Die täglich durch Sondenkost (Fresubin original fibre® 500 kcal/500 ml und Salvimulsin MCT® 800 kcal/500 ml) zugeführte Kalorienmenge lag zwischen 500 und 2400 kcal (Abb. 85), wobei die Patientin die Sondenkost auch trank. Die PEG-Sonde lag 53 Tage, in denen die Patientin 14 kg auf 49.70 kg (BMI 18,04 kg/m²) zunahm.

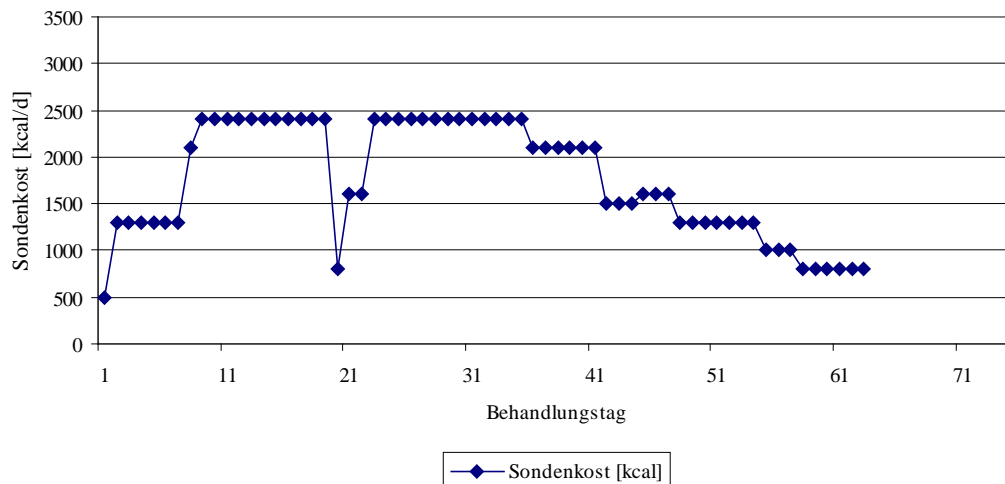


Abb. 85 Sondenkost Patientin 9

Medikamentöse Behandlung

Eine bestehende depressive Symptomatik wurde ab dem 43. Behandlungstag medikamentös mit Mirtazapin 15 – 45 mg/Tag behandelt.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

Ein durchgeführtes kraniales MRT zeigte einen unauffälligen Befund

HAWIE-R

Bei Patientin 9 wurde ein HAWIE-R durchgeführt. Am 25. Behandlungstag bei einem Gewicht von 38,40 kg (BMI 13,94 kg/m²) erreichte die Patientin einen Gesamt-IQ von 90, im Verbal Teil 92 und im Handlungsteil 86.

6.2.9.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 9

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die während der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU eingerichtete rechtliche Betreuung blieb über den Entlassungszeitpunkt hinaus bestehen (Abb. 83).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Bei Entlassung zeigte sich die Patientin allseits orientiert. Konzentrationsfähigkeit, Auffassung, Affekt und formales Denken waren unauffällig. Inhaltlich schien die Patientin weiterhin sehr mit der Essensproblematik beschäftigt. Psychotisches Erleben bestand nicht. Obwohl die Patientin sich während der Therapie sehr um eine Gewichtszunahme bemühte, schien auf Grund der Verweigerung einer Anschlussbehandlung die Krankheitseinsicht unsicher.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde mit einer Gewichtssteigerung um 9,70 kg auf 52,70 kg (BMI 15,97 kg/m²) entlassen.

Die Herzfrequenz betrug 90 Schläge/min, der Blutdruck lag bei 150/85 mmHg.

Auf die Ableitung eines EKGs und EEGs wurde verzichtet.

Im Labor bestand eine Anämie (Erythrozyten 3,74/pl).

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde in eine selbst gewählte ambulante Weiterbehandlung entlassen.

6.2.10 Patientin 10

6.2.10.1 Aufnahme Patientin 10

Anlass der Aufnahme

Patientin 10 wurde mit einem vital gefährdenden anorektischen Syndrom aus einer Medizinischen Klinik, in der sie intensivmedizinisch behandelt werden musste, in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt.

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Zum Aufnahmezeitpunkt bestand eine rechtliche Betreuung, die bereits durch die Familie der Patientin angeregt worden war (Abb. 86).

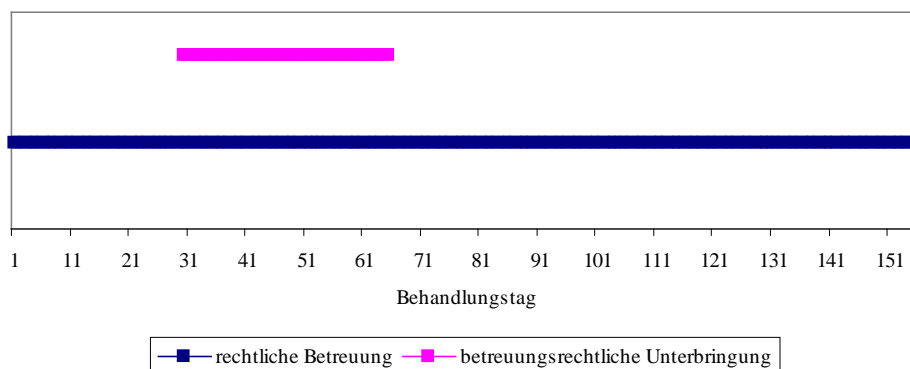


Abb. 86 Rechtsgrundlage der Behandlung Patientin 10

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Die stark vorgealterte Patientin war altmodisch gekleidet. Sie war wach und zu allen Qualitäten voll orientiert. Bei verminderter Merkfähigkeit sowie Konzentration zeigte sich das Gedächtnis unauffällig. Das formale Denken war verlangsamt, assoziativ gelockert sowie massiv eingeengt auf die Themen Gewichtszu- oder -abnahme bzw. gewichtsunterstützende Maßnahmen und deren Ablehnung. Eine Gesprächsführung war dadurch oft kaum als Dialog möglich. Die Patientin hörte oft nicht zu, sondern brachte perseverierend und kreisend immer wieder die gleichen Inhalte vor. Die Themen Stuhlgangs- und Verdauungsverhalten dominierten das Denken bei wachsender Verzweiflung und Ratlosigkeit. Das inhaltliche Denken zeigte diese Auffälligkeiten im Sinne von überwertigen Ideen in Bezug auf Nahrungsmittel, deren Verträglichkeit und das Krankheitskonzept der Patientin. In der Exploration bot sich kein Anhalt für Ich-Störungen oder Sinnestäuschungen. Affektiv war die

Patientin ausgeprägt niedergestimmt, wirkte klagsam und weinerlich. Von Suizidalität distanzierte sie sich.

Somatischer Aufnahmebefund

Die 39-jährige Patientin war 1,66 m große und wog 32,55 kg (BMI 11,81 kg/m²).

Die Herzfrequenz lag bei 60 Schlägen/min, der Blutdruck RR 90/60 mmHg.

Das EKG und EEG war unauffällig.

Im Labor zeigte sich eine Hypokaliämie (2,7 mmol/l) und eine Anämie (Erythrozyten 4,16/pl).

Zuverlegung

Patientin 10 wurde aus einer Medizinischen Klinik zuverlegt.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Die Patientin leide seit 21 Jahren an einer chronisch verlaufenden Essstörung. Sie sei deswegen schon mehrmals in stationärer Behandlung gewesen, nach jedem Klinikaufenthalt gehe es ihr jedoch noch schlechter. Ihr Körper sei ihr stets sehr wichtig gewesen. In letzter Zeit habe sie immer weniger Nahrung aufnehmen können und selbst Wasser habe sie nicht trinken können da auch dieses süß oder salzig schmecke. Daher sei eine Einweisung in eine internistische Klinik erfolgt, in der eine kurzzeitige Behandlung auf der Intensivstation notwendig geworden sei. Bei bereits genehmigter rechtlicher Betreuung wurde sie von dort in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt.

Biographische Anamnese

Patientin 10 war 39 Jahre alt und wurde als jüngstes von vier Kindern eines Kunsterziehers und einer Hausfrau geboren. Sie sei ein erwünschtes Kind gewesen. Schwangerschaft und Geburt seien unauffällig gewesen. Sie sei als Kind ängstlich und gehemmt gewesen, sei nachts aufgeschreckt und habe Daumengelutscht. Nach zweijährigem Kindergartenbesuch sei die regelrechte Einschulung erfolgt, nach vier Jahren der Übertritt auf das Gymnasium. Die Beziehung zu Autoritätspersonen und Mitschülern sei gut gewesen. Nach Erreichen des Abiturs sei ein zweijähriger Auslandsaufenthalt in Madrid gefolgt, wo sie Romanistik und Tanz studiert habe. Im Anschluss habe sie in Deutschland ihren Master und das Vordiplom in Romanistik gemacht, das Studium dann aber wegen ihres niedrigen Körpergewichts und daraus resultierenden Komplikationen unterbrechen müssen. Sie habe dann ein freiwilliges

soziales Jahr gemacht, ein Kunststudium begonnen und ein Spanischdiplom erworben, bevor sie im Alter von 33 Jahren eine Ausbildung zur Physiotherapeutin und Gymnastiklehrerin begonnen habe. Diese habe sie kurz vor dem Abschluss abgebrochen. Seither finanziere sie sich durch kleine künstlerische Tätigkeiten und durch die Eltern. Eine regelmäßige Tätigkeit sei auf Grund ihrer Essstörung nicht möglich.

Sexualanamnese

Sexuelle Gewalt habe die Patientin nie erlebt.

Psychiatrische Familienanamnese

Es liegen keine bekannten psychiatrischen Erkrankungen vor.

Somatische Anamnese

Es sind keine somatischen Vorerkrankungen bekannt. Ihre Menarche habe sie mit 14 Jahren gehabt, in Folge ihrer Erkrankung sei es vor circa zwei Jahren zum Ausbleiben der Menstruation gekommen.

Vorbehandlungen

Im Zusammenhang mit ihrer Essstörung war die Patientin bisher einmal in einer Psychosomatischen Klinik und zweimal in einer Medizinischen Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Eine ambulante Therapie habe nicht stattgefunden.

6.2.10.2 Behandlung und Verlauf Patientin 10

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Nachdem die Patientin zunächst freiwillig auf Station verblieb, verweigerte sie in der 5. Behandlungswoche jedwede Therapie und wurde ab dem 29. Behandlungstag (KG 38,85 kg, BMI 14,10 kg/m²) für 6 Wochen betreuungsrechtlich untergebracht. Im Anschluss willigte die Patientin freiwillig in die Therapie ein und verblieb auf der Geschlossenen Station (Abb. 86).

Therapiedauer

Patientin 10 wurde 155 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Da die Patientin in der ersten Behandlungswoche über 1,5 kg zunehmen konnte, wurde versucht, die Menge der zugeführten Sondenkost zu verringern. Dies führte jedoch zu einer Abnahme des Gewichtes weswegen die Sondenkostmenge wieder erhöht wurde. Mit

unterstützender Gabe von Sondenkost war eine stetige Gewichtszunahme möglich, bis es zu einer Stagnation der Zunahme im Bereich von 45 – 47 kg kam (Abb. 87).

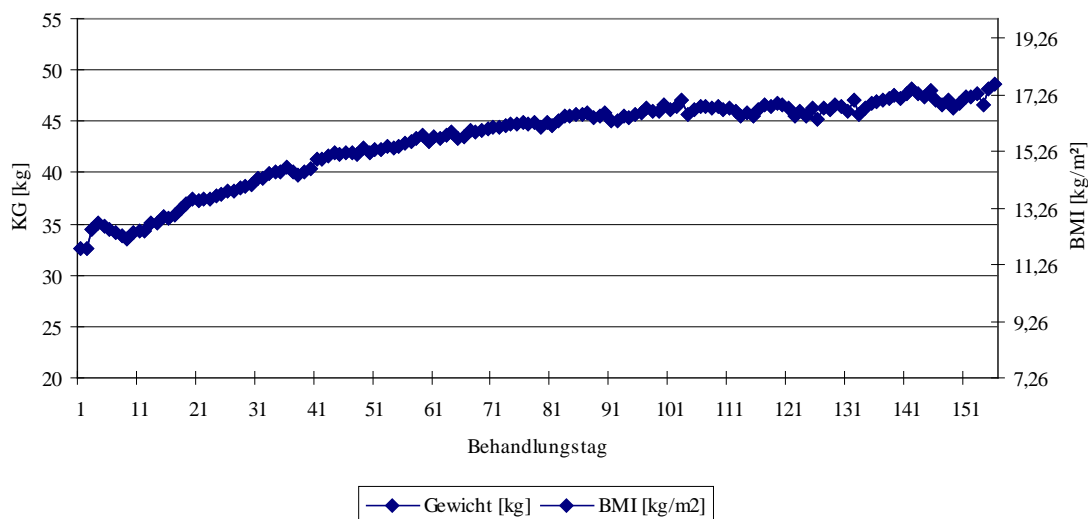


Abb. 87 Gewichtsentwicklung Patientin 10

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg während der Behandlung von 11,81 kg/m² auf 17,64 kg/m² (Abb. 87).

Ärztliche Behandlung

Für die Patientin wurde ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil und im Verlauf besserte sich die Therapiemotivation deutlich. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung und Art und Menge der Sondenkost fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an.

Pflegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und die Sondenkost und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Das Zimmer der Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht.

Ernährung

Noch am Aufnahmetag wurde eine Transnasalsonde gelegt, über die die Patientin 36 Tage ernährt wurde und in diesem Zeitraum 8,05 kg auf 40,60 kg (BMI 14,73 kg/m²) zunahm. Da sie häufig über Völlegefühl und Geblähtsein klagte, das Gewichtssoll allerdings noch nicht

erfüllt war, wurde vom 36. – 149. Behandlungstag eine PEG-Sonde gelegt. In dieser Zeit konnte die Patientin ihr Körpergewicht nochmals um 6,2 kg auf 46,8 kg (BMI 16,98 kg/m²) erhöhen. Die täglich durch Sondenkost (Fresubin original fibre[®] 500 kcal/500 ml, Fresubin energy fibre[®] 750 kcal/500 ml und Salvimulsin MCT 800[®] kcal/500 ml) zugeführte Kalorienmenge lag zwischen 400 und 2600 kcal (Abb. 88), wobei die Patientin die Sondenkost auch trank.

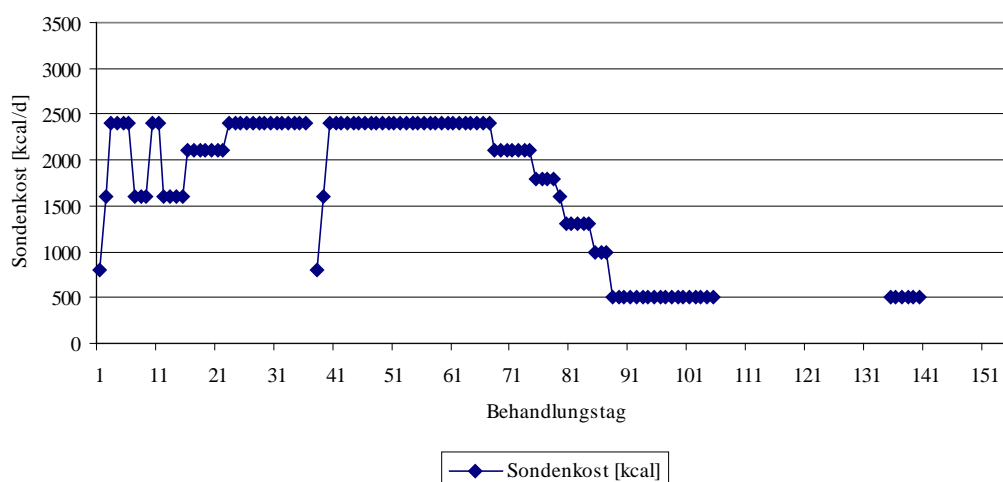


Abb. 88 Sondenkost Patientin 10

Medikamentöse Behandlung

Bei anhaltender gedanklicher Einengung, Perseveration und Grübelneigung sowie hochgradig gestörter Auffassungsgabe wurde ein Therapieversuch mit Diazepam 2 mal 5 mg täglich unternommen, welcher zum Nachlassen der inneren Gequältheit der Patientin führte. Auf Grund von Benommenheitsgefühlen musste die Dosis auf zweimal 2,5 mg täglich reduziert werden, was eine erneute Verschlechterung des psychopathologischen Befundes zur Folge hatte. Eine sich entwickelnde depressive Symptomatik wurde ab dem 94. Behandlungstag (KG 45,7 kg, BMI 16,58 kg/m²) erfolgreich medikamentös mit Mirtazapin 15 – 45 mg/Tag behandelt.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

Ein durchgeführtes kraniales MRT zeigte einen unauffälligen Befund

HAWIE-R

Bei Patientin 10 wurde 2-mal ein HAWIE-R durchgeführt. Am 27. Behandlungstag bei einem Gewicht von 38,45 kg (BMI 13,95 kg/m²) und am 129. Behandlungstag bei einem Gewicht

von 46,40 kg (BMI 16,84 kg/m²). Dabei verbesserte sich die Patientin im Gesamt-IQ von 96 auf 103 und im Handlungsteil von 84 auf 100. Im Verbalteil verschlechterte sie sich geringgradig von 105 auf 103.

6.2.10.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 10

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die während der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU eingerichtete rechtliche Betreuung blieb über den Entlassungszeitpunkt hinaus bestehen (Abb. 86).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Bei Entlassung zeigte sich die Patientin allseits orientiert. Es bestand weiterhin eine gedankliche Einengung auf das Stuhlverhalten und das „nicht mehr Spüren des Darmes“ sowie Probleme, einer von außen vorgegebenen Struktur zu folgen. Im Affekt war die Patientin weiter herabgestimmt. Die gedankliche Einengung und die bestehende Körperschemastörung sowie die weiterhin bestehende Notwendigkeit, Strategien und Verhaltensweisen eines normalen Essverhaltens zu erlernen machten eine weitere psychotherapeutische Therapie unumgänglich. Bei langem Krankheitsverlauf, mangelhafter Krankheitseinsicht und mäßiger Therapiemotivation bestand ein hohes Rückfallrisiko.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde nach 155 Tagen mit einer Gewichtssteigerung um 16,05 kg auf 48,60 kg (BMI 17,46kg/m²) entlassen.

Die Herzfrequenz lag bei 72 Schlägen/min, der Blutdruck RR 90/60 mmHg.

Auf die Ableitung eines EKGs und EEGs wurde verzichtet.

Im Labor zeigte sich eine Leukopenie (3,18/nl).

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde zur selbst gewählten Weiterbehandlung in eine Psychosomatische Klinik entlassen.

6.2.11 Patientin 11

6.2.11.1 Aufnahme Patientin 11

Anlass der Aufnahme

Patientin 11 wurde mit einem vital gefährdenden anorektischen Syndrom per Unterbringungsbeschluss aus einer Psychosomatischen Klinik in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt.

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Die Patientin wurde per Antrag auf sofortige vorläufige Unterbringung nach Artikel 10 Absatz 1 des Bayerischen Unterbringungsgesetzes eingeliefert und verblieb zunächst freiwillig auf Station (Abb. 89).

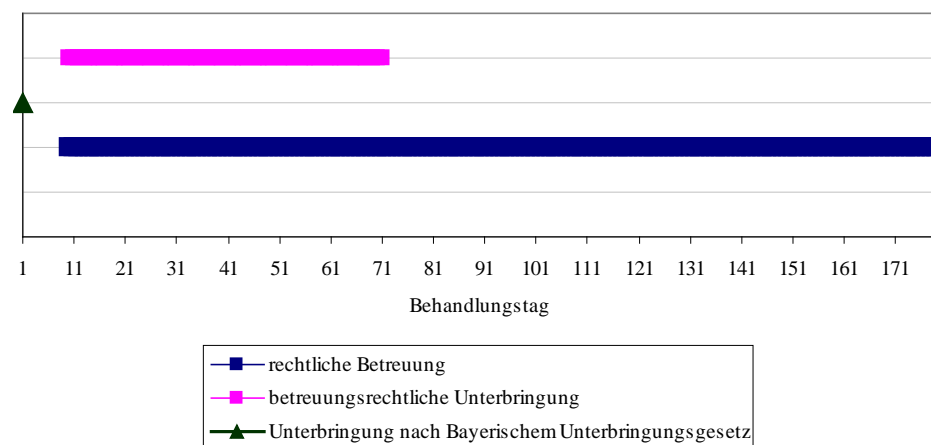


Abb. 89 Rechtsgrundlage der Behandlung Patientin 11

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Die äußere Erscheinung der Patientin wurde bei Aufnahme durch den stark kachektischen Ernährungszustand dominiert. Sie war bei Aufnahme wach und zeitlich, örtlich und zur eigenen Person gut orientiert, die Orientierung zur Situation war leicht vermindert. Bei einem regelrechten Befund für Merkfähigkeit und Gedächtnis zeigten sich Auffassung und Konzentration leicht eingeschränkt. Im formalen Gedankengang war die Patientin verlangsamt sowie auf die Gewichtsabnahme sowie die Notwendigkeit der Gewichtszunahme eingeengt. In der Exploration zeigte sich kein Hinweis auf wahnhaftes Erleben, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Affektiv wirkte sie niedergestimmt und ängstlich, ihrer Situation in der Klinik gegenüber teilweise ambivalent. Antrieb und Psychomotorik wirkten geringgradig verarmt und verlangsamt. Von Suizidalität war sie glaubhaft distanziert.

Somatischer Aufnahmebefund

Die 29-jährige Patientin war 1,64 m große und wog 33,58 kg (BMI 12,49 kg/m²).

Die Herzfrequenz lag bei 53 Schlägen/min, der Blutdruck RR 90/65 mmHg.

Das EKG zeigte eine Sinusbradykardie (52 Schläge/min) und eine QRS-Niedervoltage.

Das EEG war unauffällig.

Im Labor zeigten sich eine Leukopenie (2,85/nl) und eine Anämie (Erythrozyten 3,65/pl).

Zuverlegung

Patientin 11 wurde aus einer Psychosomatischen Klinik zuverlegt.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Patientin 11 leide seit vier Jahren an einer Essstörung. Damals sei ihr aufgefallen, wie ungesund sie sich ernähre. Sie habe zunächst die Süßigkeiten weggelassen, vermehrt Obst und Gemüse zu sich genommen, später auch die Essmenge reduziert. Zwei Jahre nach Beginn der Erkrankung habe sie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsreduktion begonnen und, obwohl sie sehr unter dem ständigen Harndrang und Durchfall gelitten habe, nicht aufhören können, Diuretika und Laxantien zu nehmen. Wegen der Essstörung habe sie sich insgesamt sechsmal in stationärer Behandlung befunden. Vor dem Hintergrund der Therapieverweigerung wurde die Patientin mit erhöhten Leberwerten (GOT 230 U/l, GPT 206 U/l, γ -GT 228 U/l) und Leukopenie (2,3/nl) aus einer Psychosomatisch-psychotherapeutischen Klinik in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt.

Biographische Anamnese

Patientin 11 war 29 Jahre alt und wurde als jüngere von zwei Töchtern eines Goldschmiedes und einer Goldschmiedin geboren. Sie sei ein erwünschtes Kind gewesen. Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung seien unauffällig gewesen. Nach dem Kindergarten sei sie regelrecht eingeschult worden. Im Anschluss an die Volksschule habe sie für zwei Jahre das Gymnasium besucht, bevor sie wegen schlechter Leistungen auf die Realschule habe wechseln müssen. Diese habe sie mit Mittlerer Reife beendet und eine Ausbildung zur Keramikerin gemacht. Sie habe noch ein Jahr in dem Ausbildungsbetrieb gearbeitet, bevor dieser aufgelöst worden sei. Sie sei zwei Jahre arbeitslos gewesen, bevor sie angefangen habe, als Pferdepflegerin auf einem Gestüt zu arbeiten. Nach zwei Jahren sei die betriebsbedingte Kündigung erfolgt und nach erneuter zweijähriger Arbeitslosigkeit habe die Patientin angefangen, als Verkäuferin in einem Lebensmittelladen zu arbeiten. Ihr sei nach

sechs Monaten gekündigt worden, da ihr Arbeitgeber ihr abgemagertes Aussehen als für die Kunden unzumutbar empfunden habe. Seit eineinhalb Jahren sei sie wieder arbeitslos, seit einiger Zeit sei sie krankgeschrieben und bekomme 300,-- Euro Krankengeld im Monat.

Sexualanamnese

Ersten Geschlechtsverkehr habe die Patientin mit 18 gehabt. Als junge Frau sei sie von ihrem damaligen Chef und jetzigen Lebenspartner ihrer Mutter sexuell belästigt und bedrängt worden.

Psychiatrische Familienanamnese

Es liegen keine bekannten psychiatrischen Erkrankungen vor.

Somatische Anamnese

Es sind keine somatischen Vorerkrankungen bekannt. Ihre Menarche habe die Patientin mit 14 Jahren gehabt, in Folge ihrer Erkrankung sei es vor circa zwei Jahren zum Ausbleiben der Menstruation gekommen.

Vorbehandlungen

Im Zusammenhang mit ihrer Essstörung war die Patientin bisher zweimal in einer Psychiatrischen Klinik, dreimal in einer Psychosomatischen Klinik und einmal in einer Medizinischen Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Eine ambulante Therapie habe nicht stattgefunden.

6.2.11.2 Behandlung und Verlauf Patientin 11

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Bei anhaltender Gewichtsabnahme wurde durch das Vormundschaftsgericht am 9. Behandlungstag bei einem Gewicht von 32,05 kg (BMI 11,92 kg/m²) und Verweigerung jedweder gewichtsunterstützender Maßnahmen die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung und einer Unterbringung nach Betreuungsrecht angeordnet. Die Unterbringung bestand für 61 Tage. Anschließend willigte die Patientin freiwillig in die Therapie und den Verbleib auf der Station ein (Abb. 89).

Therapiedauer

Patientin 11 wurde 178 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Da es zu Behandlungsbeginn zu einer weiteren Gewichtsabnahme kam, wurde am 11. Behandlungstag eine PEG-Sonde gelegt. Unter dieser Maßnahme kam es kurzfristig zu einer schnellen Gewichtszunahme, der die Patientin durch Manipulationen entgegenwirkte. Im Verlauf besserte sich dieses Verhalten und es kam zu einer stetigen Gewichtszunahme. Das Absetzen der Sondenkost am 118. Behandlungstag führte zu einem leichten Gewichtsrückgang, bevor die Patientin ihr Gewicht bei circa 48 kg stabilisieren konnte. Die Angst vor der weiteren Therapie nach Entlassung führte in den drei Tagen vor der Verlegung wieder zu einem leichten Gewichtsrückgang (Abb. 90).

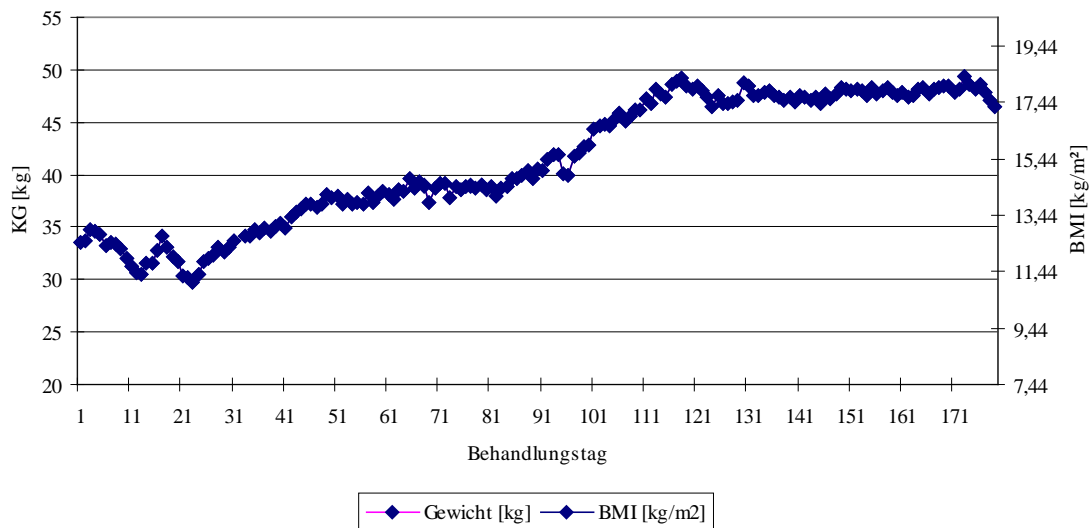


Abb. 90 Gewichtsentwicklung Patientin 11

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg während der Behandlung von 12,49 kg/m² auf 17,31 kg/m² bei der Entlassung (Abb. 90).

Ärztliche Behandlung

Für die Patientin wurde ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil und im Verlauf besserte sich die Therapiemotivation deutlich. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung und Art und Menge der Sondenkost fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an.

Pflegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und die Sondenkost und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Das Zimmer der Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht.

Ernährung

Bei der Patientin erfolgte bei anhaltender Gewichtsabnahme und Verweigerung von gewichtsunterstützenden Maßnahmen am 11. Behandlungstag (KG 30,6 kg, BMI 11,38 kg/m²) für 124 Tage die Anlage einer PEG-Sonde. In dieser Zeit nahm die Patientin 16,55 kg auf 47,15 kg (BMI 17,53 kg/m²) zu. Die täglich durch Sondenkost (Fresubin original fibre® 500 kcal/500 ml, Fresubin energy fibre® 750 kcal/500 ml und Salvimulsin MCT® 800 kcal/500 ml) zugeführte Kalorienmenge lag zwischen 500 und 2400 kcal (Abb. 91), wobei die Patientin die Sondenkost auch trank. Komplizierend kam bei dieser Patientin hinzu, dass sie Sondennahrung wegschüttete, sie durch Wasser ersetzte und es zu einer durch Staphylokokken-Infektion im Bereich der Eintrittsstelle der PEG-Sonde kam, die erfolgreich mit Flucloxacillin vier mal 500 mg täglich über vier Tage behandelt wurde. Während der Behandlung hortete die Patientin wiederholt Lebensmittel in Verstecken und forderte Mitpatienten auf, ihr Lebensmittel zu beschaffen und diese für sie aufzubewahren. Auch nahm sie im Ausgang heimlich große Mengen stark süßstoffhaltigen Tees zu sich, was zu Einschränkungen der Ausgangsregelung führte. Dieses Verhalten sistierte mit zunehmendem Gewicht.

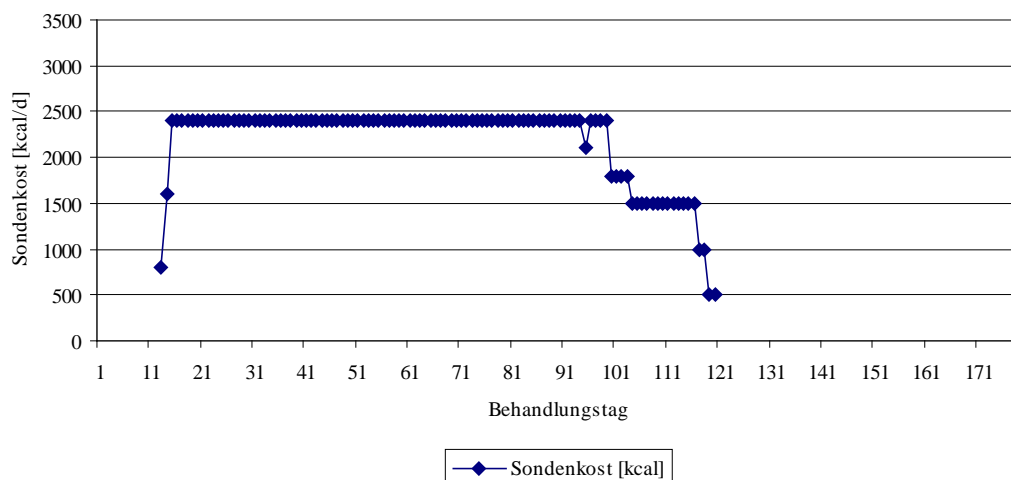


Abb. 91 Sondenkost Patientin 11

Medikamentöse Behandlung

Eine depressive Symptomatik wurde ab dem 67. Behandlungstag medikamentös mit Mirtazapin 15 – 45 mg/Tag behandelt.

Bestehende Ödeme wurden zwischen dem 16. und 173. Behandlungstag mit Dytide H[®] (50 mg Triamteren + 25 mg Hydrochlorothiazid) 1 – ½ Tablette pro Tag behandelt.

Eine Staphylokokken-Infektion im Bereich der PEG wurde 4 Tage mit 2g Flucloxacillin pro Tag behandelt.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

Ein durchgeführtes kraniales MRT zeigte den Befund einer Zentralen Pontinen Myelinolyse.

HAWIE-R

Bei Patientin 11 wurde am 9. und 144. Behandlungstag ein HAWIE-R durchgeführt. Dabei verbesserte sie sich im Gesamt-IQ von 108 auf 119, im Verbalteil von 102 auf 105 und im Handlungsteil von 108 auf 126.

6.2.11.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 11

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die während der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU eingerichtete rechtliche Betreuung blieb über den Entlassungszeitpunkt hinaus bestehen (Abb.89).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Bei Entlassung zeigte sich die Patientin allseits orientiert. Auffassung, Konzentration, Affekt, formales und inhaltliches Denken waren unauffällig. Hinweise auf Ich-Störungen, Sinnestäuschungen oder wahnhaftes Erleben fanden sich nicht. Bei noch bestehender Körperschemastörung wurde mit der Patientin die Weiterbehandlung in einer Fachklinik vereinbart. Die Patientin war sich ihrer Krankheit bewusst und sehr therapiemotiviert. Sie war bereit, therapeutische Hilfe anzunehmen, um geeignete Coping-Strategien zu entwickeln und umzusetzen.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde nach 178 Tagen mit einer Gewichtssteigerung um 12,97 kg auf 46,55 kg (BMI 17,31 kg/m²) entlassen.

Die Herzfrequenz lag bei 76 Schlägen/min, der Blutdruck RR 100/80 mmHg.

Im EKG zeigte sich eine Sinusbradykardie mit 47 Schlägen/min, auf die Ableitung eines EEGs wurde verzichtet.

Im Labor zeigte sich eine Anämie (Erythrozyten 4,00/pl).

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde zur selbst gewählten Weiterbehandlung in eine Psychosomatische Klinik entlassen.

6.2.12 Patientin 12

6.2.12.1 Aufnahme Patientin 12

Anlass der Aufnahme

Patientin 12 wurde mit einem vital gefährdenden anorektischen Syndrom von einer Intensivstation einer Medizinischen Klinik in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt.

Rechtsgrundlage

Die minderjährige Patientin und deren Eltern willigten zunächst freiwillig in die Aufnahme auf der geschlossenen Station der Psychiatrischen Klinik der LMU ein. Bereits am Aufnahmetag wollte die Patientin wieder entlassen werden und blieb nur auf starkes Drängen der Eltern (Abb. 92).

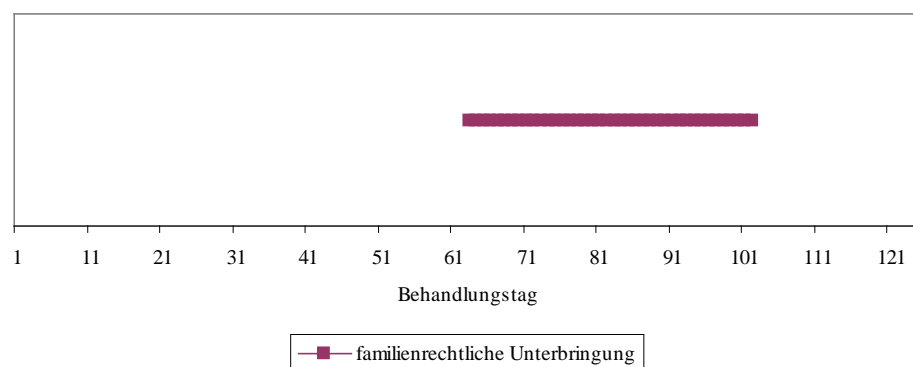


Abb. 92 Rechtsgrundlage der Behandlung Patientin 12

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Zur Aufnahme kam eine wache, voll orientierte Patientin. Sowohl die Psychomotorik als auch das formale Denken waren geringgradig verlangsamt. Zusätzlich bestand eine Denkeinengung auf Inhalte, die mit der Essensproblematik zusammenhingen. Der darüber hinausgehende formale und inhaltliche Gedankengang war unauffällig. Es fanden sich keine Anhaltspunkte für psychotisches Erleben in Form von Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen. Der Affekt war subdepressiv bei noch erhaltener Schwingungsfähigkeit. Die Frage nach Suizidalität wurde glaubhaft verneint. Die Krankheits- und Behandlungseinsicht war noch ausreichend.

Somatischer Aufnahmebefund

Die 17-jährige Patientin war 1,57 m groß und wog 35,00 kg. Der daraus errechnete BMI betrug 14,20 kg/m².

Die Herzfrequenz lag bei 120 Schlägen/min, der Blutdruck RR 95/55 mmHg.

Das EKG und EEG waren unauffällig.

Im Labor zeigte sich eine Hypokaliämie (3,3 mmol/l) eine Leukopenie (3,26/nl) und eine Anämie (Erythrozyten 3,93/pl).

Zuverlegung

Patientin 12 wurde aus einer Medizinischen Klinik zuverlegt.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Seit zwei Jahren leide die Patientin an Anorexia nervosa. Sie habe mit ihrer Mutter eine ambulante Suchtberatung aufgesucht, sei zu einer Therapie jedoch nicht motiviert gewesen. Seit Beginn der Erkrankung sei sie dreimal in Medizinischen Kliniken und einmal in einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Abteilung stationär behandelt worden. Bei dem Aufenthalt in der Psychosomatischen Abteilung habe sie versucht durch exzessives Wassertrinken einer Gewichtszunahme entgegenzusteuern. Dadurch habe sich ihr Zustand derart verschlechtert, dass sie innerhalb von 15 Tagen zweimal auf die Intensivstation habe verlegt werden müssen. Wegen ihres selbstgefährdenden Verhaltens und der mangelnden Führbarkeit auf einer offenen Station erfolgte die Verlegung in die Psychiatrische Klinik der LMU.

Biographische Anamnese

Patientin 12 war 17 Jahre alt und wurde als älteres von zwei Kindern eines Ingenieurs und einer Sachbearbeiterin geboren. Sie sei ein ungeplantes aber nicht unerwünschtes Kind gewesen. Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung seien unauffällig gewesen. Nach einem dreijährigen Kindergartenbesuch sei sie regelrecht eingeschult worden und habe nach vier Jahren auf das Gymnasium gewechselt. Momentan besuche sie dort die 10. Klasse. Mit den schulischen Leistungsanforderungen komme sie gut zurecht.

Sexualanamnese

Sie habe noch keine sexuellen Erfahrungen gemacht, sexuelle Gewalt habe sie nicht erlebt.

Psychiatrische Familienanamnese

Es liegen keine bekannten psychiatrischen Erkrankungen vor.

Somatische Anamnese

Es sind keine somatischen Vorerkrankungen bekannt. Ihre Menarche habe die Patientin mit 14 Jahren gehabt, in Folge ihrer Erkrankung sei es vor circa zwei Jahren zum Ausbleiben der Menstruation gekommen.

Vorbehandlungen

Im Zusammenhang mit ihrer Essstörung war die Patientin bisher einmal in einer Psychosomatischen Klinik und dreimal in einer Medizinischen Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Eine ambulante Therapie habe zwar stattgefunden, sie sei jedoch nicht motiviert gewesen und die Behandlung habe keine Besserung gebracht.

6.2.12.2 Behandlung und Verlauf Patientin 12

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Nach 8 Wochen wollte die Patientin bei noch nicht ausreichender Gewichtszunahme und trotz wiederholter Hyponatriämie (128 – 130 mmol/l) die Therapie vorzeitig abbrechen. Da die Mutter aber die weitere stationäre Therapie befürwortete und davon auszugehen war, dass die Patientin nicht in der Lage war, die Gefahr ihres Gesundheitszustandes einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln, wurde die Unterbringung auf der Station für sechs Wochen familienrichterlich genehmigt. Im Anschluss verblieb die Patientin freiwillig auf der Station (Abb. 92).

Therapiedauer

Patientin 12 wurde 124 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Nachdem das Gewicht anfangs stagnierte kam es zu einer stetigen Gewichtszunahme. Der Wunsch, nach sofortiger Entlassung und Unterbringung führten zu einem leichten Gewichtsrückgang, den die Patientin aber selbständig ohne Unterstützung durch Sondenkost ausgleichen und ihr Gewicht bei circa 47 kg stabilisieren konnte (Abb. 93).

Gewichtsentwicklung Patientin 12

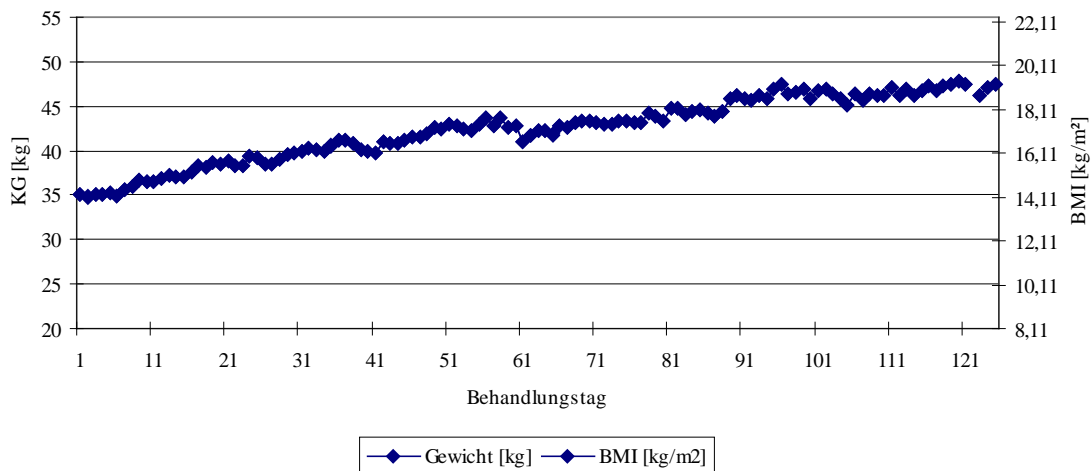


Abb. 93 Gewichtsentwicklung Patientin 12

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg während der Behandlung von 14,20 kg/m² auf 19,23 kg/m² bei der Entlassung (Abb. 93).

Ärztliche Behandlung

Für die Patientin wurde ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil und im Verlauf besserte sich die Therapiemotivation deutlich. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an.

Pflegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Das Zimmer der Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht.

Ernährung

Der Patientin gelang es durch selbständiges Essen von Normalkost die geplanten Gewichtsziele zu realisieren. Das Legen einer Ernährungssonde oder die Gabe hochkalorischer Sondenkost war nicht nötig (Abb. 94). Im Labor fielen im Verlauf niedrige Natriumwerte auf, was für eine übermäßige Wasseraufnahme entgegen dem Therapieplan

sprach. Im weiteren Verlauf schaffte die Patientin immer wieder Nahrungsmittel beiseite. Durch Rücknahme des Ausgangs besserte sich dieses Verhalten.

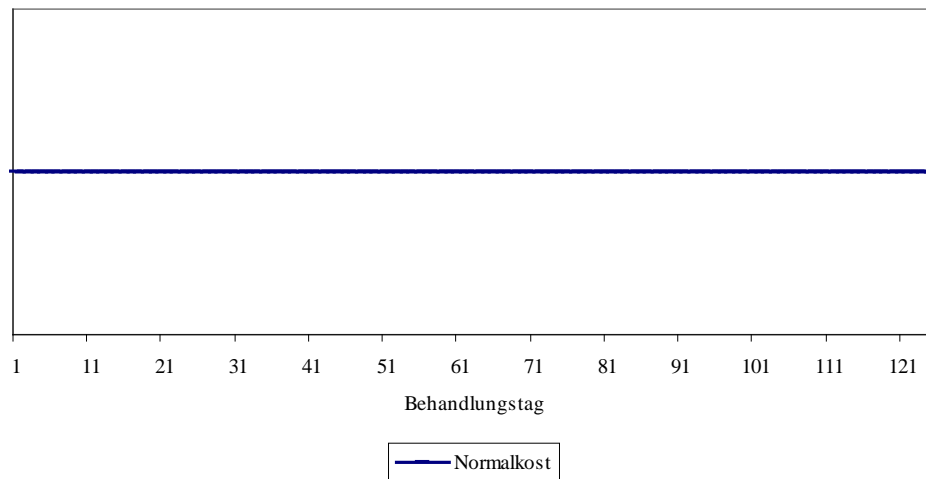


Abb. 94 Ernährung Patientin 12

Medikamentöse Behandlung

Die Behandlung des depressiven Syndroms mit Paroxetin 30 mg täglich war bereits in der zuverweisenden Psychosomatischen Klinik begonnen worden und wurde über den gesamten Behandlungsverlauf in der Psychiatrischen Klinik der LMU fortgeführt.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

Ein durchgeführtes kraniales MRT zeigte einen unauffälligen Befund

HAWIE-R

Bei Patientin 12 wurde 2-mal ein HAWIE-R durchgeführt. Am 18. Behandlungstag bei einem Gewicht von 38,60g (BMI 15,66 kg/m²) und am 110. Behandlungstag bei einem Gewicht von 47,05 kg (BMI 19,09 kg/m²). Dabei verbesserte sich die Patientin im Gesamt-IQ von 123 auf 135, im Verbalteil von 125 auf 127 und im Handlungsteil von 115 auf 138.

6.2.12.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 12

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die minderjährige Patientin wurde in die elterliche Fürsorge entlassen (Abb. 92).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Bei Entlassung zeigte sich die Patientin allseits orientiert. Sowohl die Psychomotorik als auch das formale und inhaltliche Denken waren unauffällig. Es fanden sich keine Anhaltspunkte

für psychotisches Erleben in Form von Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen. Affektiv schien die Patientin stabil. Mit Verbesserung des körperlichen Zustands hatte sich auch die Psychotherapiefähigkeit verbessert. Die Patientin war krankheitseinsichtig und gut therapiemotiviert.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde nach 124 Tagen mit einer Gewichtssteigerung um 12,40 kg auf 47,40 kg (BMI 19,23 kg/m²) entlassen.

Die Herzfrequenz lag bei 98 Schlägen/min, der Blutdruck RR 110/60 mmHg.

Auf die Ableitung eines EKGs und EEGs wurde verzichtet.

Im Labor zeigte sich eine Leukopenie (3,89/nl).

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde zur selbst gewählten Weiterbehandlung in eine Psychosomatische Klinik entlassen.

6.2.13 Patientin 13

6.2.13.1 Aufnahme Patientin 13

Anlass der Aufnahme

Patientin 13 wurde mit einem vital gefährdenden anorektischen Syndrom in der Psychiatrischen Klinik der LMU aufgenommen.

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Die Patientin willigte freiwillig in die Aufnahme und Behandlung auf der geschlossenen Station der Psychiatrischen Klinik der LMU ein (Abb. 95).

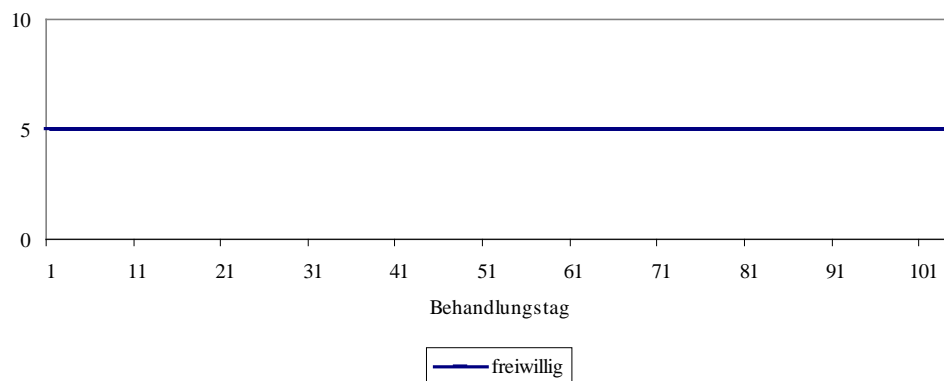


Abb. 95 Rechtsgrundlage der Behandlung Patientin 13

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Die Patientin war wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Sie wirkte stark kachektisch, vorgealtert und in reduziertem Allgemeinzustand. Das Hautkolorit war gräulich. Sie wies starke Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite auf. Die Auffassungsgabe war regelrecht. Im formalen Gedankengang war die Patientin verlangsamt, inhaltlich auf ihr Körpergewicht und Essen eingeengt. So berichtete die Patientin, den ganzen Tag Kochrezepte in Gedanken zu kochen, ohne dabei jedoch zu essen. Es ergab sich kein Anhalt für Ich-Störungen oder Halluzinationen. Die Patientin wies eine Körperwahrnehmungsstörung auf. Affektiv war sie labil, jedoch gut schwingungsfähig. Die Patientin berichtete über Schlafstörungen während der letzten Wochen. Der Antrieb war reduziert, psychomotorisch war die Patientin unruhig. Es bestand kein Anhalt für Suizidalität.

Somatischer Aufnahmebefund

Die 24-jährige Patientin war 1,69 m groß und wog 32,00 kg. Der daraus errechnete BMI betrug 11,20kg/m².

Die Herzfrequenz lag bei 64 Schlägen/min, der Blutdruck RR 100/80 mmHg.

Das EKG zeigte eine Sinusbradykardie (57 Schläge/min), das EEG war unauffällig.

Im Labor zeigte sich eine Hypokaliämie (1,7 mmol/l) und ein erhöhter Hb Wert (16,7 g/dl).

Zuverlegung

Patientin 13 wurde auf Vermittlung einer Psychosomatischen Klinik in der Psychiatrischen Klinik der LMU aufgenommen.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Die Patientin leide seit 12 Jahren an einer Anorexie. Als Auslöser sieht die Patientin eine Mandeloperation, nach der sie 5 kg abgenommen und sich damit wohler gefühlt habe. Zuhause habe sie dann weiter auf 43 kg abgenommen. Zunächst habe sie ein primär restriktives Essverhalten gehabt. In den nächsten acht Jahren habe sie je zwei ambulante und stationäre Therapien gemacht um ein Gewicht zwischen 52 und 58 kg (BMI 18,21 bis 20,31 kg/m²) zu halten. Nach Beendigung der Ausbildung zur Bürokauffrau habe sich erneut ein restriktives Essverhalten eingestellt und sie habe begonnen, Laxantien zu verwenden und zu erbrechen. In den folgenden drei Jahren kam es zu 11 stationären Aufnahmen, vier davon in Medizinischen Kliniken zur Sondenernährung bei einem niedrigsten Gewicht von 30 kg (BMI 10,50 kg/m²).

Biographische Anamnese

Patientin 13 war 24 Jahre alt und wurde als einzige Tochter eines Supermarktfilialleiters und einer Hausfrau geboren. Sie habe mütterlicherseits einen neun Jahre älteren Halbbruder. Sie sei ein erwünschtes Kind gewesen. Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung seien unauffällig gewesen. Sie sei regelrecht eingeschult worden, habe nach der Volksschule für drei Jahre die Hauptschule besucht und dann für drei Monate auf die Realschule gewechselt bevor der erste stationäre Aufenthalt im Zusammenhang mit ihrer Essstörung sie gezwungen hätte, zurück auf die Hauptschule zu wechseln. Sie habe die Schule mit einem qualifizierten Hauptschulabschluss beendet und eine Ausbildung zur Bürokauffrau absolviert. Im Anschluss habe sie zunächst in ihrer Lehrfirma und dann bei einem Autohaus gearbeitet.

Seit zweieinhalb Jahren sei sie krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage, einer Beschäftigung nachzugehen.

Sexualanamnese

Ein Geschäftspartner des Bruders habe sie einmal sexuell genötigt.

Psychiatrische Familienanamnese

Es liegen keine bekannten psychiatrischen Erkrankungen vor.

Somatische Anamnese

Es sind keine somatischen Vorerkrankungen bekannt. Ihre Menarche habe sie mit 12 Jahren gehabt, in Folge ihrer Erkrankung sei es zum Ausbleiben der Menstruation gekommen.

Vorbehandlungen

Im Zusammenhang mit ihrer Essstörung war die Patientin bisher dreimal in einer Psychiatrischen Klinik viermal in einer Psychosomatischen Klinik und sechsmal in einer Medizinischen Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Mehrere ambulante Therapieversuche hätten keine Besserung der Symptomatik bewirken können, da sie sich nie auf die Therapie eingelassen habe.

6.2.13.2 Behandlung und Verlauf Patientin 13

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Die Rechtsgrundlage der Therapie war freiwillig (Abb.95).

Therapiedauer

Patientin 13 wurde 98 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU und fünf Tage auf der Intensivstation der Medizinischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Nach Legen einer PEG-Sonde am 11. Behandlungstag nahm die Patientin langsam zu. Ein erster Versuch, die Sondenkost auszuschleichen resultierte in einer leichten Gewichtsabnahme. Später konnte die Patientin ihr Gewicht auch ohne Sondenkost bei gut 50 kg stabilisieren (Abb. 96).

Gewichtsentwicklung Patientin 13

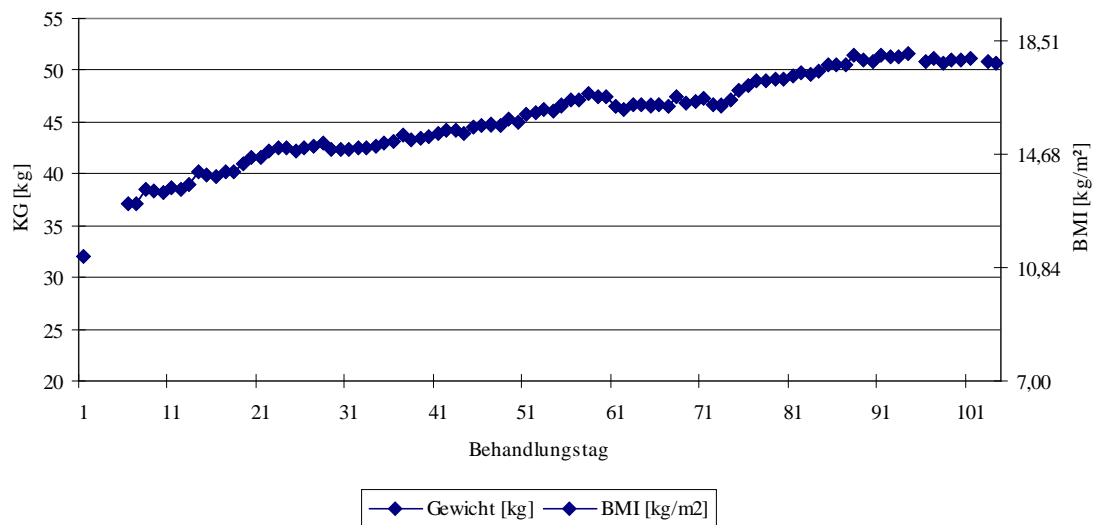


Abb. 96 Gewichtsentwicklung Patientin 13

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg während der Behandlung von 11,20 kg/m² auf 17,75 kg/m² bei der Entlassung (Abb. 96).

Ärztliche Behandlung

Bei Aufnahme zeigte sich eine ausgeprägte Hypokaliämie (1,7 mmol/l), so dass die Patientin für fünf Tage auf eine medizinische Intensivstation verlegt werden musste. Eine orale Substitution von Kaliumchlorid war während des gesamten Aufenthalts nötig, um den Serumkaliumwert im normalen Bereich zu halten.

Für die Patientin wurde ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil und im Verlauf besserte sich die Therapiemotivation deutlich. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung und Art und Menge der Sondenkost fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an.

Pflegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und die Sondenkost und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Das Zimmer der Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht.

Ernährung

Da die Patientin nicht in der Lage war, selbständig ihr Gewicht zu erhöhen wurde mit ihrer Einwilligung am 11. Behandlungstag (KG 38,50 kg, BMI 13,48 kg/m²) eine PEG gelegt. Die durch Sondenkost (Fresubin original fibre[®] 500 kcal/500 ml, Fresubin ernity fibre[®] 750 kcal/500 ml und Salvimulsin MCT[®] 800 kcal/500 ml) zugeführte Kalorienmenge lag zwischen 500 und 2400 kcal/Tag (Abb. 97), wobei die Patientin die Sondenkost auch trank.

Mit zunehmender Fähigkeit, den Kalorienbedarf durch Normalkost zu decken konnte die Sondenkost schrittweise reduziert und schließlich abgesetzt werden. Die PEG-Sonde lag 86 Tage. In diesem Zeitraum konnte die Patientin ihr Gewicht um 12,25 kg auf 50,75 kg (BMI 17,77 kg/m²) steigern.

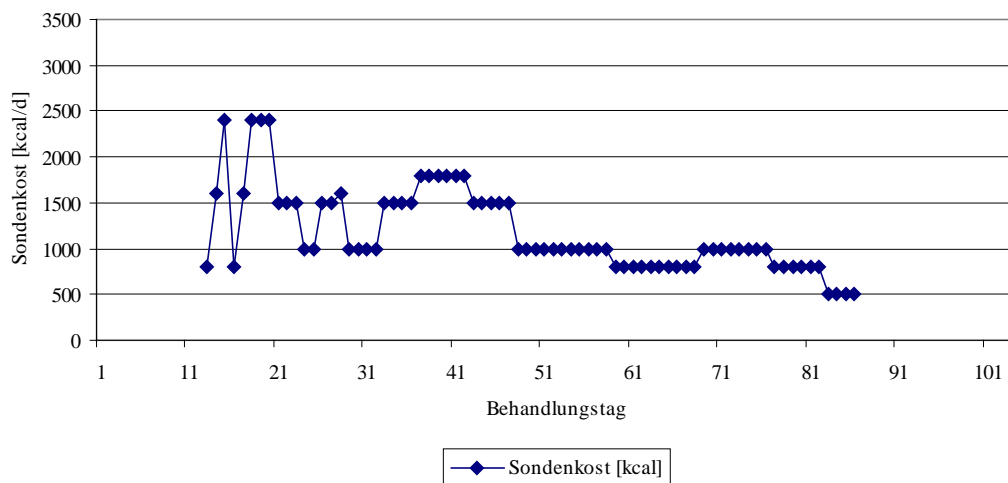


Abb. 97 Sondenkost Patientin 13

Medikamentöse Behandlung

Ein sich entwickelndes depressives Syndrom wurde ab dem 21. Behandlungstag medikamentös mit Mirtazapin 30 – 45 mg/Tag behandelt.

Kaliumchlorid 20 – 80 mmol/Tag während des gesamten Aufenthaltes.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

Ein durchgeführtes kraniales MRT zeigte einen unauffälligen Befund

HAWIE-R

Bei Patientin 13 wurde ein HAWIE-R durchgeführt. Am 15. Behandlungstag bei einem Gewicht von 39,80 kg (BMI 13,94 kg/m²) errichte die Patientin im Gesamtteil einen IQ von 105, im Verbal Teil 102 und im Handlungsteil 106.

6.2.13.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 13

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die Rechtsgrundlage der Therapie war freiwillig (Abb. 95).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Bei Entlassung zeigte sich die Patientin allseits orientiert. Es bestand eine deutliche Verbesserung des psychopathologischen Befundes, im Sinne einer Auflockerung der der gedanklichen Einengung. Auffassung, formales Denken und Affekt waren unauffällig. Es gab keinen Anhalt für psychotisches erleben. Die Patientin hatte mit der Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung begonnen und die Therapiemotivation war deutlich verbessert. Die Patientin bemühte sich aktiv um die Aufnahme in eine therapeutische Wohngemeinschaft, um weiterhin professionelle Hilfe zu erhalten.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde nach 98 Tagen mit einer Gewichtssteigerung um 18,70 kg auf 50,70 kg (BMI 17,75 kg/m²) entlassen.

Die Herzfrequenz lag bei 87 Schlägen/min, der Blutdruck RR 110/65 mmHg.

Das EKG war unauffällig, auf die Ableitung eines EEGs wurde verzichtet.

Das Labor war unauffällig.

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde zur selbst gewählten Weiterbehandlung in eine therapeutische Wohngemeinschaft entlassen.

6.2.14 Patientin 14

6.2.14.1 Aufnahme Patientin 14

Anlass der Aufnahme

Patientin 14 wurde mit einem vital gefährdenden anorektischen Syndrom von zu Hause kommend in der Psychiatrische Klinik der LMU aufgenommen.

Rechtsgrundlage

Die Patientin willigte freiwillig in die Aufnahme auf der geschlossenen Station der Psychiatrischen Klinik der LMU ein (Abb. 98).

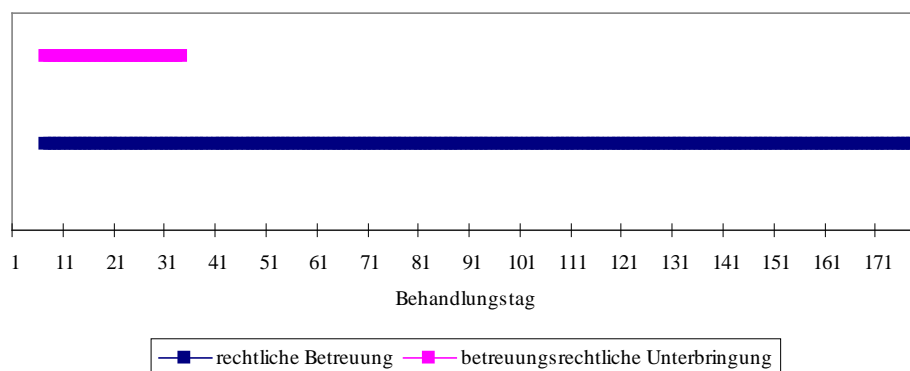


Abb. 98 Rechtsgrundlage der Behandlung Patientin 14

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Zur Aufnahme kam eine wache, voll orientierte, zerbrechlich wirkende Patientin. Im Gespräch war die Patientin teilweise schüchtern, teilweise vertraulich anklammernd. Sie war auskunftsbereit und sehr offen. Die Konzentration war leicht vermindert, das formale Denken verlangsamt und weitschweifig. Sie vermochte kaum Wichtiges von Unwichtigem zu trennen, teils bestand auch Danebenreden. Inhaltlich war die Patientin ihrer eigenen Krankheits- und Therapievorstellungen verhaftet und war hierbei kaum auslenkbar. Hinweise für psychotisches Erleben in Form von Halluzinationen oder Ich-Störungen fanden sich nicht. Affektiv war die Patientin eher inadäquat, leicht gehoben, bei eingeschränkter Schwingungsfähigkeit. Psychomotorisch war die Patientin sehr unruhig und angespannt. Über vegetative Störungen wurde nicht berichtet. Die Krankheitseinsicht war nur oberflächlich vorhanden, wobei die Patientin selbst einräumte, nicht nach ihren eigenen Einsichten handeln zu können. Sie zeigte einen exzessiven Bewegungsdrang mit ziellosen gymnastischen Übungen und Umhermarschieren. Anhaltspunkte für Suizidalität fanden sich nicht.

Somatischer Aufnahmebefund

Die 22-jährige Patientin war 1,60 m groß und wog 37,80 kg. Der daraus errechnete BMI betrug 14,77 kg/m².

Die Herzfrequenz lag bei 57 Schlägen/min, der Blutdruck RR 105/75 mmHg.

Das EKG zeigte eine Sinusbradykardie (53 Schläge/min), das EEG war unauffällig.

Im Labor zeigte sich eine Hyponatriämie (132 mmol/l) und eine Leukopenie (3,00/nl) und eine Anämie (Erythrozyten 4,00/pl).

Zuverlegung

Patientin 14 wurde von ihrem Hausarzt in die Psychiatrische Klinik der LMU überwiesen.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Die Patientin leide seit neun Jahren an einer Essstörung. Zu dieser Zeit habe es massive Konflikte zwischen den Eltern gegeben. Zunächst habe sie ihr Essverhalten geändert und mehr Sport betrieben. Nach circa 3 Jahren habe sie mit restriktiven Diäten begonnen und das Sportpensum auf mehrere Stunden täglich erhöht. Zusätzlich hätten sich Zwänge eingestellt. Sie müsse sich den ganzen Tag bewegen. Dies beginne nach dem Aufwachen bereits mit Übungen im Bett. Über den Tag müsse sie exzessiv Sport treiben damit es zu einem Gefühl der Beruhigung komme. Weiter Zwänge sind der Gang zur Toilette vor dem Essen und das Massieren des Afters. Um die Essensmenge besser kontrollieren zu können trinke sie exzessiv Wasser. Vor zwei Jahren habe sie begonnen alle Arten alkoholischer Getränke zu konsumieren. Insbesondere Cocktails würde sie häufig anstelle des Essens konsumieren. Seit kurzem nehme sie keinen Alkohol mehr zu sich. In den letzten zwei Jahren sei es im Zusammenhang mit ihrer Essstörung zu sieben stationären Klinikaufenthalten gekommen. Die Therapien seien nie erfolgreich gewesen, da sich die Patientin nie an Vereinbarungen und Therapierichtlinien halten können. Auch eine ambulante Therapie sei wegen mangelhafter Therapiebereitschaft nicht zustande gekommen. Aktuell stellte sich die Patientin in der Psychiatrischen Klinik der LMU vor. Ziel sei die Behandlung ihrer „abnormen Verhaltensweisen“ insbesondere der „Sportsucht“.

Biographische Anamnese

Patientin 14 war 22 Jahre alt und wurde als zweites von zwei Kindern eines Architekten und einer Lehrerin geboren. Sie sei ein erwünschtes Kind gewesen. Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung seien unauffällig gewesen. Nachdem sie drei Jahre den Kindergarten besucht habe, sei sie regelrecht eingeschult worden und sei nach der 4. Klasse auf das Gymnasium gewechselt. Dies habe sie mit dem Abitur beendet. Mit den schulischen Anforderungen sei sie gut zurechtgekommen, das Verhältnis zu Lehrern und Mitschülern sei gut gewesen. Erst nach einem Schulwechsel in der 12. Klasse habe sie Probleme gehabt, soziale Kontakte zu finden und schließlich auch zu wollen. Zu diesem Zeitpunkt habe sie die Pausen mit Joggen verbracht und alle Hobbys bis auf Sport aufgegeben. Sie habe ein Soziologiestudium begonnen, sei aber seit dem 3. Semester krankgeschrieben. Nach Beendigung der stationären Behandlung möchte sie das Studium wieder aufnehmen.

Sexualanamnese

Im Alter von 19 Jahren habe sie erste sexuelle Erfahrungen gemacht. Sexuelle Gewalt habe sie nie erlebt.

Psychiatrische Familienanamnese

Der Bruder sei im Alter von 15 bis 19 Jahren schwer depressiv gewesen.

Somatische Anamnese

Es sind keine somatischen Vorerkrankungen bekannt. Ihre Menarche habe sie im Alter von 15 Jahren bekommen, in Folge ihrer Erkrankung sei es vor circa fünf Jahren zum Ausbleiben der Menstruation gekommen.

Vorbehandlungen

Im Zusammenhang mit ihrer Essstörung war die Patientin bisher dreimal in einer Psychiatrischen Klinik, dreimal in einer Psychosomatischen Klinik und einmal in einer Medizinischen Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Eine ambulante Therapie habe keine Verbesserung der Symptomatik bewirkt.

6.2.14.2 Behandlung und Verlauf Patientin 14

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Da die Patientin weiter Gewicht abnahm (auf 36,72 kg, BMI 14,14kg/m² bis zum 5. Behandlungstag) und keine Behandlungsbereitschaft bestand, wurde die Einrichtung einer rechtliche Betreuung und betreuungsrechtlichen Unterbringung beantragt. Die Patientin war

ab dem 6. Behandlungstag 6 Wochen betreuungsrechtlich untergebracht. Im Anschluss willigte die Patientin freiwillig in die Behandlung und den Verbleib auf der Station ein (Abb. 98).

Therapiedauer

Patientin 14 wurde 178 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Zu Beginn der Behandlung nahm die Patientin weiter an Gewicht ab. Dieser Entwicklung konnte nur durch das Legen einer PEG-Sonde und der Gabe hochkalorischer Sondenkost entgegengewirkt werden. Dennoch gestaltete sich die Gewichtszunahme durch das manipulative Verhalten der Patientin äußerst schwierig. Das Entlassungsgewicht, das nur knapp drei Kilogramm über dem Aufnahmegewicht lag, stellte kein zufrieden stellendes Behandlungsergebnis dar (Abb. 99).

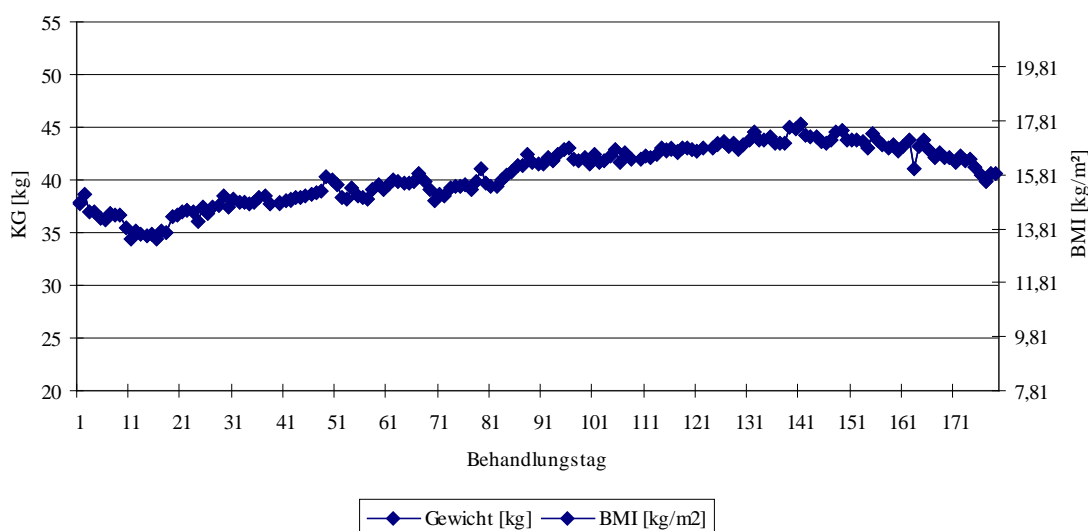


Abb. 99 Gewichtsentwicklung Patientin 14

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg während der Behandlung von 14,77 kg/m² auf 15,88 kg/m² bei der Entlassung (Abb. 99).

Ärztliche Behandlung

Für die Patientin wurde ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung und Art und Menge der Sondenkost fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an.

Pflegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und die Sondenkost und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Während des Therapieverlaufes kam es immer wieder zu Manipulationen an der Sonde, exzessivem Trinken, sportlicher Aktivität und digitalen Ausräumen des Enddarms, weswegen die Patientin wiederholt im Überwachungszimmer geführt werden musste. Das Zimmer der Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht.

Ernährung

Nach anfänglich kooperativen Verhalten verweigerte die Patientin die Teilnahme an den meisten Mahlzeiten und nahm in den ersten sechs Behandlungstagen 1,6 kg ab. Durch vermehrtes Trinken, abführende Maßnahmen und sportliche Aktivität provozierte die Patientin aus internistischer Sicht lebensbedrohliche Elektrolytentgleisungen, weswegen eine betreuungsrechtliche Unterbringung angeregt und die Patientin unter strengen Überwachungsbedingungen im Isolierzimmer geführt wurde. Wegen weiterer Nahrungsverweigerung mit anhaltendem Gewichtsverlust auf minimal 34,40 kg wurde am 14. Behandlungstag eine PEG-Sonde angelegt. Die täglich durch Sondenkost (Fresubin energy fibre® 750 kcal/500 ml und Salvimulsin MCT® 800 kcal/500 ml) zugeführte Kalorienmenge lag zwischen 800 und 3200 kcal (Abb. 100), wobei die Patientin die Sondenkost auch trank. Die PEG-Sonde lag 161 Tage. In dieser Zeit nahm die Patientin 6,25 kg auf 41,15 kg (BMI 16,01 kg/m²) zu. Während des Therapieverlaufes kam es immer wieder zu Manipulationen an der Sonde und exzessivem Trinken, weswegen die Patientin wiederholt im Überwachungszimmer geführt werden musste. Nur langsam nahm sie an Gewicht zu und besserten sich ihre störungsspezifischen Verhaltensweisen. Unter dem Versuch, die Sondenkost wegzulassen, stagnierte das Gewicht, nach Absetzen der Sondenkost 16 Tage vor der Entlassung kam es zu einer erneuten Gewichtsabnahme von 3,15 kg.

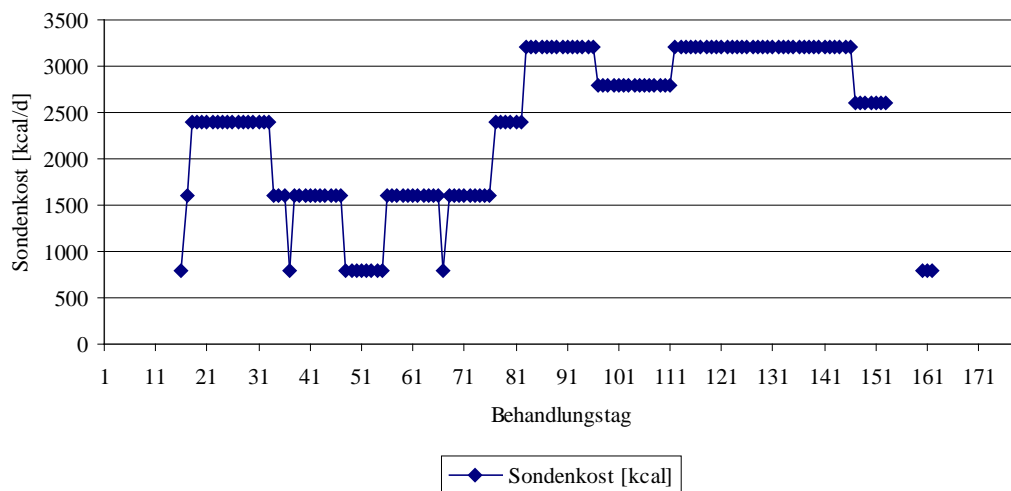


Abb. 100 Sondenkost Patientin 14

Medikamentöse Behandlung

Ein depressives Syndrom die bestehende Zwangssymptomatik wurden zwischen dem 92. und 132. Behandlungstag mit Paroxetin 20 mg/Tag behandelt wurde. Unter dieser Therapie normalisierte sich der Affekt und es kam zu einer deutlichen Besserung der Zwangssymptomatik.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

Ein durchgeführtes kraniales MRT zeigte einen unauffälligen Befund

HAWIE-R

Bei Patientin wurde 2-mal ein HAWIE-R durchgeführt. Am 20. Behandlungstag bei einem Gewicht von 39,90 kg (BMI 14,41 kg/m²) und am 127. Behandlungstag bei einem Gewicht von 43,55 kg (BMI 17,01 kg/m²). Dabei verbesserte sich die Patientin im Gesamt-IQ von 132 auf 140 und im Verbalteil von 130 auf 142. Das Ergebnis im Handlungsteil blieb konstant bei 130.

6.2.14.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 14

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die während der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU eingerichtete rechtliche Betreuung blieb über den Entlassungszeitpunkt hinaus bestehen (Abb. 98).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Bei Entlassung zeigte sich die Patientin allseits orientiert. Affekt, formales und inhaltliches Denken waren unauffällig. Hinweise für psychotisches Erleben in Form von Halluzinationen oder Ich-Störungen fanden sich nicht. Mit Ausnahme der sportlichen Aktivitäten waren die typischen Verhaltensweisen wie exzessives Wassertrinken und das durchführen abführender Maßnahmen deutlich gebessert. Krankheitseinsicht und Therapiemotivation waren besser ausgebildet. Probleme bestanden weiterhin in Bezug auf das Einhalten von Terminen und das pünktliche Erscheinen zu den Mahlzeiten.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde nach 178 Tagen mit einer Gewichtssteigerung um 2,85 kg auf 40,65 kg (BMI 15,88 kg/m²) entlassen.

Die Herzfrequenz lag bei 80 Schlägen/min, der Blutdruck RR 100/65 mmHg.

Das EKG war unauffällig, auf die Ableitung eines EEGs wurde verzichtet.

Im Labor zeigte sich eine Leukopenie (2.85/nl).

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde zur selbst gewählten Weiterbehandlung in eine Psychosomatische Klinik entlassen.

6.2.15 Patientin 15

6.2.15.1 Aufnahme Patientin 15

Anlass der Aufnahme

Patientin 15 wurde mit einem vital gefährdenden anorektischen Syndrom aus einer Psychosomatischen Klinik in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt. Die Verlegung wurde notwendig, da sie trotz Hypoglykämien jedwede Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr verweigerte und sämtliche Therapiemaßnahmen verweigerte.

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Die Patientin stimmte auf Wunsch ihrer Eltern, die auch als ihre rechtlichen Betreuer eingesetzt waren, freiwillig dem Verbleib und der Behandlung auf der geschlossenen Station der Psychiatrischen Klinik der LMU zu (Abb. 101).

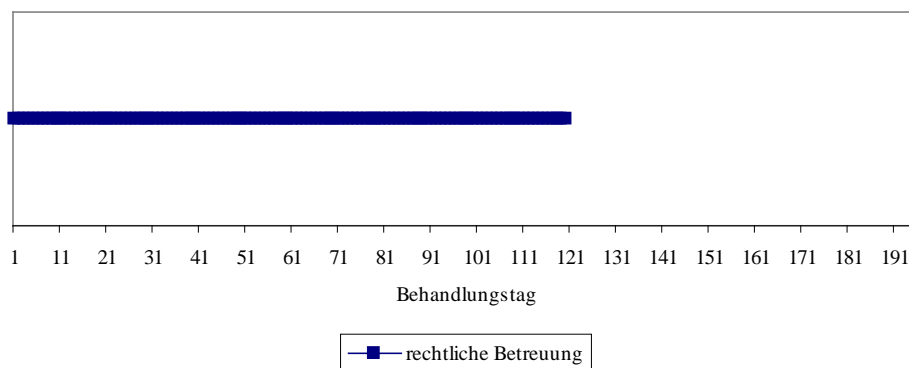


Abb. 101 Rechtsgrundlage der Behandlung Patientin 15

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Die Patientin war wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert. Auf Grund der extremen Kachexie bestanden deutlich Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Auffassungsstörungen. Im formalen Gedankengang war sie verlangsamt und auf eine Rückverlegung in die Psychosomatische Klinik eingeengt. Inhaltlich ergaben sich hauptsächlich nahrungsbezogene Gedanken. So berichtete die Patientin, keine Sondenkost haben zu wollen, da sie nur abgenommen habe, da man ihr jegliches Essen verweigert habe. Sie verneinte, dass unter einer Essstörung leide und machte während des Gesprächs widersprüchliche Angaben. Im Affekt war sie deutlich niedergestimmt und der Antrieb war stark reduziert. Die Patientin war schwach und konnte sich nur schwer aus dem Bett erheben.

Krankheitseinsicht oder Behandlungsbereitschaft waren nicht vorhanden. Es bestand latente Suizidalität.

Somatischer Aufnahmebefund

Die 19-jährige Patientin war 1,70 m groß und wog 25,55 kg. Der errechnete BMI betrug 8,84 kg/m².

Die Herzfrequenz lag bei 38 Schlägen/min, der Blutdruck RR 90/60 mmHg.

Das EKG zeigte eine Sinustachykardie (105 Schläge/min), das EEG war unauffällig.

Im Labor zeigte sich eine Leukopenie (3,64/nl) und Anämie (Erythrozyten 3,63/pl, Hb 11,7 g/dl).

Zuverlegung

Patientin 15 wurde aus einer Psychosomatischen Klinik zuverlegt.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Vor knapp 3 Jahren habe sie im Rahmen eines längeren Auslandsaufenthaltes auf Grund ihres Heimwehs begonnen ihr Gewicht zu reduzieren. Sie habe bis auf 39 kg (BMI 13,49 kg/m²) abgenommen und dieses Gewicht bis zum Schulabschluss vor einem halben Jahr gehalten. Unter dem Strukturverlust habe sie sehr gelitten und bis auf 30 kg (BMI 10,38 kg/m²) abgenommen. Ihr Zustand habe sich derart verschlechtert, dass sie in den letzten 3 Monaten siebenmal in stationärer Behandlung gewesen sei, davon zweimal auf einer internistischen Intensivstation auf Grund ausgeprägter Hypoglykämien (BZ 24 mg/dl) und starker Unterkühlung (Körperkerntemperatur 28 Grad Celsius) und Rhabdomyolyse. Einmal sei sie wegen Suizidalität in einer psychiatrischen Klinik gewesen.

Biographische Anamnese

Patientin 15 war 19 Jahre alt und wurde als älteres von zwei Kindern eines Forstbeamten und einer Lehrerin geboren. Sie sei ein ungeplantes Kind gewesen. Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung seien unauffällig gewesen. Sie habe bis zur 11. Klasse Nägel gekaut. Nach einem dreijährigen Kindergartenbesuch sei sie regulär eingeschult worden und habe nach der 4. Klasse auf das Gymnasium gewechselt. Dieses habe sie vor einem halben Jahr mit dem Abitur beendet. Der Strukturverlust nach Verlassen der Schule habe ihr sehr zu schaffen gemacht. Das Verhältnis zu Lehrern und Autoritätspersonen sei untergeordnet gewesen, das zu Mitschülern gut.

Sexualanamnese

Erste sexuelle Erfahrungen habe sie mit 17 gemacht, Geschlechtsverkehr habe sie noch nicht gehabt. Auch mangle es ihr an Libido. Sie habe nie sexuelle Gewalt erfahren.

Psychiatrische Familienanamnese

Es liegen keine bekannten psychiatrischen Erkrankungen vor.

Somatische Anamnese

Die Patientin habe als Kind unter Röteln, Magen-Darm-Infekten und Mittelohrentzündungen gelitten. Im Erwachsenenalter sei sie gesund gewesen. Ihre Menarche habe sie mit 16 Jahren gehabt, in Folge ihrer Erkrankung sei es vor circa zwei Jahren zum Ausbleiben der Menstruation gekommen.

Vorbehandlungen

Im Zusammenhang mit ihrer Essstörung war die Patientin bisher einmal in einer Psychiatrischen Klinik, einmal in einer Psychosomatischen Klinik und fünfmal in einer Medizinischen Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Eine ambulante Therapie habe keinen Behandlungserfolg erzielt.

6.2.15.2 Behandlung und Verlauf Patientin 15

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Die Patientin blieb freiwillig auf Wunsch ihrer Eltern, die auch als ihre rechtlichen Betreuer eingesetzt waren. Die rechtliche Betreuung lief am 119. Behandlungstag aus (Abb. 101).

Therapiedauer

Patientin wurde 193 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Nach dem Legen einer PEG-Sonde kam es zu einer stetigen Gewichtszunahme. Zwei starke Gewichtseinbrüche über Nacht erklärte die Patientin damit, die zufuhr heimlich getrunkene Menge Wasser selbständig reduziert zu haben. Die Patientin wurde vorzeitig gegen ärztlichen Rat bei noch nicht ausreichender Gewichtszunahme entlassen (Abb. 102).

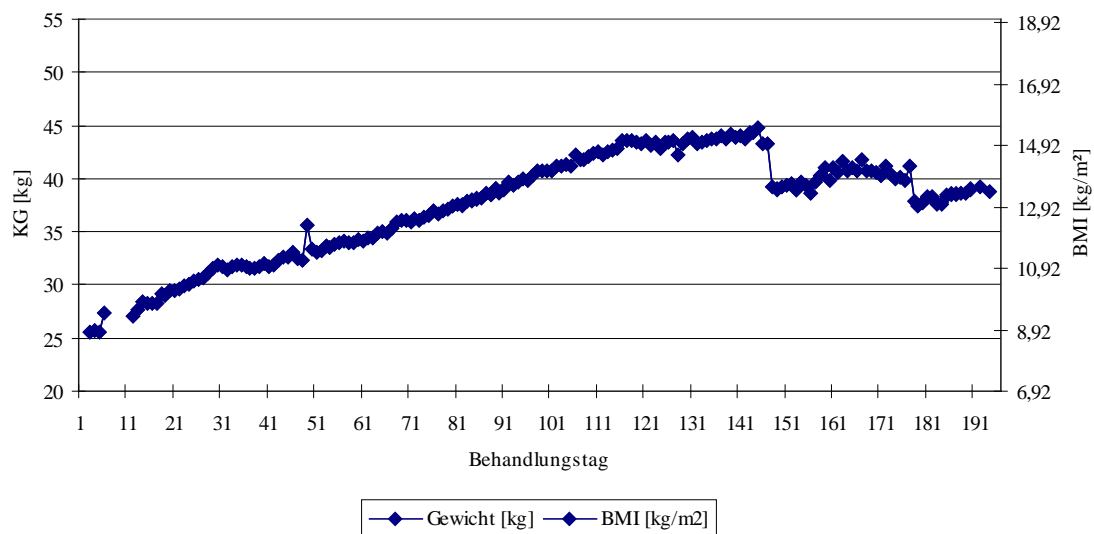


Abb. 102 Gewichtsentwicklung Patientin 15

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg während der Behandlung von 8,84 kg/m² auf 13,41 kg/m² bei der Entlassung (Abb. 102).

Ärztliche Behandlung

Wegen Hypoglykämie (BZ unter Nachweisgrenze des Gerätes auf Station) und Bradykardie (30 Schläge/min) musste die soporöse Patientin am 2. Behandlungstag kurzzeitig auf einer internistischen Intensivstation behandelt werden. Nach i.v. Gabe von Glucose 20 % klarte die Patientin schnell auf und im Verlauf zeigte sich keine Bradykardie, so dass die Patientin am selben Tag rückverlegt wurde. Eine Woche nach Rückverlegung aus der Intensivstation kam es im Rahmen einer Gastroenteritis zu Kreislaufinstabilität sowie Abfall von Leukozyten und Thrombozyten, so dass die Patientin mit V. a. beginnende Sepsis nochmals vier Tage intensivmedizinisch behandelt werden musste (Leukozyten 2. Behandlungstag 23,7 10³/μl auf 2,2 10³/μl am 7. Behandlungstag, Thrombozyten 206 10³/μl auf 98 10³/μl). Psychiatrischerseits wurde für die Patientin ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil und im Verlauf besserte sich die Therapiemotivation deutlich. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung und Art und Menge der Sondenkost fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an.

Pflegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und die Sondenkost und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Zeitweise musste die Patientin im Überwachungsbereich der Station geführt werden, da sie exzessiv Wasser trank. Das Zimmer der Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht.

Ernährung

Die Patientin wurde mit dem niedrigste (BMI 8,84 kg/m²) aller Patientinnen aus einer Psychosomatischen Klinik mit bestehender Betreuung zuverlegt. Sie zeigte sich nicht krankheitseinsichtig und wollte ihr Gewicht selbständig durch Essensaufnahme und ohne Unterstützung durch Sondenernährung erhöhen.

Nach Rückverlegung von der internistischen Intensivstation manipulierte die Patientin an der Sonde, ließ heimlich Sondennahrung ab und trank beim Waschen übermäßig viel Wasser. Daher musste die Patientin zunächst isoliert werden, zeitweise war eine Fixierung notwendig. Während des zweiten Aufenthaltes auf der Intensivstation wurde die Patientin zeitweise parenteral über einen ZVK ernährt. Sie diskonnektierte auf der Intensivstation den ZVK und das PEG-System und ließ Ernährungslösung in Tasche und Nachtkästchen laufen. Nach Rückverlegung aus der Intensivstation kam es immer wieder zu Manipulationen an der Sonde, Horten und Verstecken von Lebensmitteln und Bechern mit Urin. Die täglich durch Sondenkost (Salvimulsin MCT® 800 kcal/500 ml) zugeführte Kalorienmenge lag zwischen 800 und 3200 kcal (Abb. 103), wobei die Patientin später die Sondenkost auch trank. Wiederholt kam es zu Erregungszuständen, wenn die Ernährungspumpe angeschaltet wurde. Die Patientin musste wiederholt im Überwachungsbereich behandelt werden. Da die Patientin zu Behandlungsbeginn beim Einschalten der Ernährungspumpe mit dem Kopf kontinuierlich gegen die Wand schlug, musste sie zeitweise zum Eigenschutz während der Dauer der Sondenkostgabe fixiert werden. Im weiteren Verlauf besserte sich das Verhalten der Patientin und sie nahm unter der Sondenernährung langsam zu. Unter Reduktion der Sondenkost kam es zum Auftreten von Hyponatriämien (127 – 132 mmol/l), vermutlich durch exzessives Trinken von Wasser, was aber immer verneint wurde. Kurz vor der geplanten Verlegung in eine psychosomatische Klinik kam es über Nacht zu einer Gewichtsabnahme von vier kg, die die Patientin damit erklärte, dass sie selbst die Trinkmenge wieder eingeschränkt habe

(Abb. 102). Im weiteren Verlauf wurde die Patientin zunehmend von ihren Eltern in der Ablehnung der Therapie unterstützt. Auf eigenes Drängen und das der Eltern wurde sie ohne ärztliches Abschlussgespräch und gegen ärztlichen Rat aus der Klinik abgeholt. Die Betreuung war zwei Monate zuvor abgelaufen. Zu diesem Zeitpunkt lag noch die PEG-Sonde und es erfolgte eine Sondenernährung mit 1600 kcal täglich (Abb. 103).

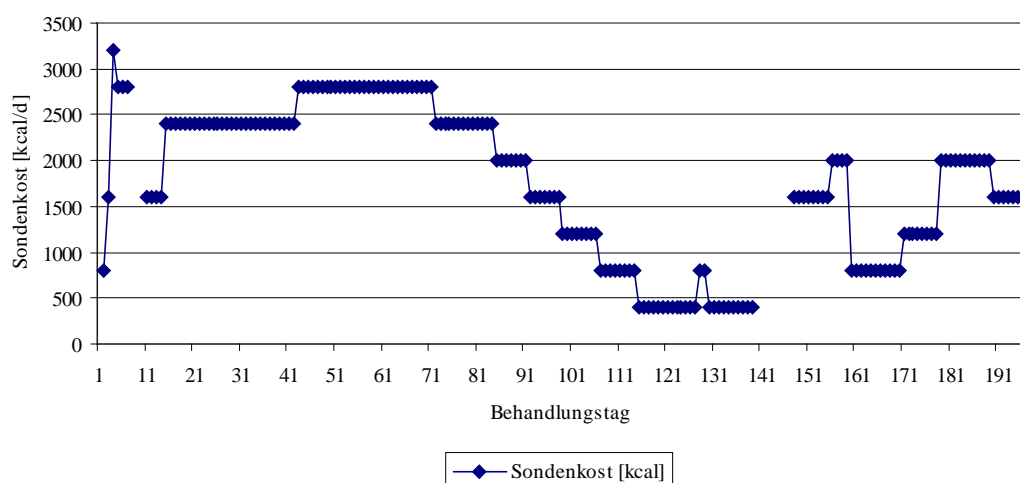


Abb. 45 Sondenkost Patientin 15

Medikamentöse Behandlung

Eine Kontrolle des basalen TSH am Aufnahmetag ergab einen Wert von 2,480 U/ml. Die bestehende Therapie mit Jodid Tabletten 200 mg täglich wurde fortgeführt.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

Ein durchgeführtes kraniales MRT zeigte einen unauffälligen Befund

HAWIE-R

Bei Patientin 15 wurde zweimal ein HAWIE-R durchgeführt. Am 24. Behandlungstag bei einem Gewicht von 30,30 kg (BMI 10,48 kg/m²) und am 150. Behandlungstag bei einem Gewicht von 39,35 kg (BMI 13,62 kg/m²). Dabei verbesserte sich die Patientin im Gesamt-IQ von 114 auf 119, im Verbalteil von 109 auf 113 und im Handlungsteil von 118 auf 122.

6.2.15.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 15

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die rechtliche Betreuung der Patientin war während der Behandlung ausgelaufen (Abb. 101).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde ohne ärztliches Abschlussgespräch und gegen ärztlichen Rat mit liegender PEG-Sonde von den Eltern abgeholt. Die Patientin war wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert. Suizidalität bestand nicht. Behandlungsbereitschaft und Therapiemotivation waren, wenn überhaupt, nur schwach ausgebildet.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde nach 193 Tagen mit einer Gewichtssteigerung um 13,20 kg auf 38,75 kg (BMI 13,41 kg/m²) gegen ärztlichen Rat und ohne vorherige Absprache entlassen.

Die Herzfrequenz lag bei 102 Schlägen/min, der Blutdruck RR 110/75 mmHg.

Ein EKG und EEG wurden nicht abgeleitet.

Im Labor zeigte sich eine Anämie (Erythrozyten 4,12/pl).

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde in eine selbst gewählte ambulante Weiterbehandlung entlassen.

6.2.16 Patientin 16

6.2.16.1 Aufnahme Patientin 16

Anlass der Aufnahme

Patientin 16 wurde von zu Hause kommend mit einem vital gefährdenden anorektischen Syndrom in der Psychiatrische Klink der LMU aufgenommen.

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Die Patientin willigte freiwillig in die Aufnahme auf der geschlossenen Station der Psychiatrischen Klinik der LMU ein (Abb. 104).

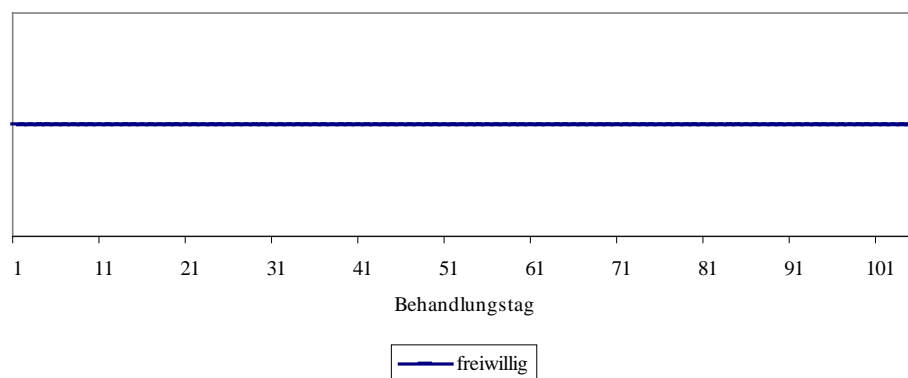


Abb. 104 Rechtsgrundlage der Behandlung Patientin 16

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Die Patientin war wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Der interpersonale Kontakt war gut herstellbar. Sie versuchte offen über ihre Beschwerden Auskunft zu geben. Es bestanden leichte Konzentrations- und Auffassungsstörungen. Im formalen Gedankengang war die Patientin gehemmt und etwas verlangsamt. Ihr Affekt war depressiv herabgestimmt und affektlabil. So gab sie an, in letzter Zeit häufiger geweint zu haben. Es bestanden keine Sinnestäuschungen und kein wahnhaftes Erleben. Die Patientin gab sich krankheitseinsichtig und schien behandlungsbereit zu sein. Von akuter Suizidalität war sie klar distanziert.

Somatischer Aufnahmebefund

Die 22-jährige Patientin war 1,61 m groß und wog 29,85 kg. Der daraus errechnete BMI betrug 11,52 kg/m².

Die Herzfrequenz lag bei 72 Schlägen/min, der Blutdruck betrug 95/65 mmHg.

Das EKG zeigte eine Sinusbradykardie (58 Schläge/min) mit AV-Block I° (PQ Zeit 2,46 ms). Eine Kontrolluntersuchung am 21. Behandlungstag (KG 34,35 kg, BMI 13,25 kg/m²) zeigte einen normalen Sinusrhythmus (HF 82/min).

Die Ableitung eines EEGs zeigte ein normales EEG vom Alpha-Typ.

Das Labor war unauffällig.

Am Bauch zeigte sich eine großflächige Verbrennung, die sich die Patientin bei mangelndem Körpergefühl mit einer Wärmflasche beigebracht hatte.

Zuverlegung

Patientin 16 begab sich auf Anraten ihres behandelnden Psychiaters, von zu Hause kommend in der Psychiatrischen Klinik der LMU in Behandlung.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Die Patientin berichtet, seit drei Jahren an einer Essstörung zu leiden. Damals sei sie mehrfach in stationärer Behandlung gewesen. Da sie heimlich Abführmittel genommen habe, habe sie trotz Sondenernährung auf 29 kg (BMI 11,19 kg/m²) abgenommen. Zuhause habe sie weiter auf 26 kg (BMI 10,03 kg/m²) abgenommen, bevor sie sich in einer Psychosomatischen Klinik habe aufnehmen lassen. Wegen ihres kritischen Zustandes sei sie auf eine medizinische Intensivstation verlegt worden. Dort habe sie wieder begonnen zu essen und habe im Anschluss Zuhause selbst auf 44 kg (BMI 16,97 kg/m²) zugenommen. Gleichzeitig habe sie aber an Fressattacken und anschließendem Erbrechen oder Laxantiengebrauch sowie Depressionen gelitten. Nach einem solchen Fressanfall habe sie sich mit dem Gedanken „alles ist fett“ an Bauch und Oberschenkeln geschnitten und mit einem Messer gebrannt, weswegen sie in eine Psychiatrische Klinik eingeliefert worden sei. Dort habe sie wieder zunehmend anorektisches Verhalten entwickelt. Nach weiteren Klinikaufenthalten und mehreren Suizidversuchen durch die Einnahme von großen Mengen Tabletten mit Alkohol kam die Patientin auf Betreiben ihres behandelnden Arztes freiwillig auf die geschlossene Station in die Psychiatrische Klinik der LMU.

Biographische Anamnese

Patientin 16 war 22 Jahre alt und wurde als jüngere von zwei Töchtern eines Feinmechanikers und einer Chefsekretärin geboren. Sie sei ein erwünschtes Kind gewesen. Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung seien unauffällig gewesen. Sie sei regelrecht eingeschult worden und habe nach der Hauptschule eine Ausbildung zur Pferdewirtin

begonnen, aber vorzeitig abgebrochen. Seitdem jobbe sie unregelmäßig. Derzeit sei ein Antrag auf finanzielle Unterstützung beim Sozialamt gestellt.

Sexualanamnese

Sexuelle Gewalt habe die Patientin nie erlebt.

Psychiatrische Familienanamnese

Die Schwester sei mit 20 Jahren an einer Überdosis Heroin verstorben, die Tante mütterlicherseits sei Alkoholikerin.

Somatische Anamnese

Es wurde im Alter von 11 Jahren eine Apendektomie vorgenommen. Ihre Menarche habe sie im Alter von 11 Jahren bekommen, in Folge ihrer Erkrankung sei es vor circa drei Jahren zum Ausbleiben der Menstruation gekommen.

Vorbehandlungen

Im Zusammenhang mit ihrer Essstörung war die Patientin bisher viermal in einer Psychiatrischen Klinik, viermal in einer Psychosomatischen Klinik und einmal auf der Intensivstation einer Medizinischen Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Ambulante Therapien seien bisher nicht erfolgreich gewesen.

6.2.16.2 Behandlung und Verlauf Patientin 16

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Die Behandlung erfolgte auf freiwilliger Rechtsgrundlage (Abb. 104).

Therapiedauer

Patientin 16 wurde 104 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Die Gewichtszunahme gestaltete sich äußerst schwierig. Nach einer Gewichtszunahme kam es regelmäßig zu einer Stagnation und einem leichten Rückgang des Gewichtes, bevor die Patientin weiter zunehmen konnte. Das Erreichen und Halten der 40 kg – Marke gelang der Patientin nur kurzzeitig. Wiederholt wurde bei der Patientin Süßstoff und heimlich besorgter Obstsaft gefunden. Die Patientin wurde schließlich mit noch unzureichender Gewichtszunahme in ein Bezirkskrankenhaus verlegt (Abb. 105).

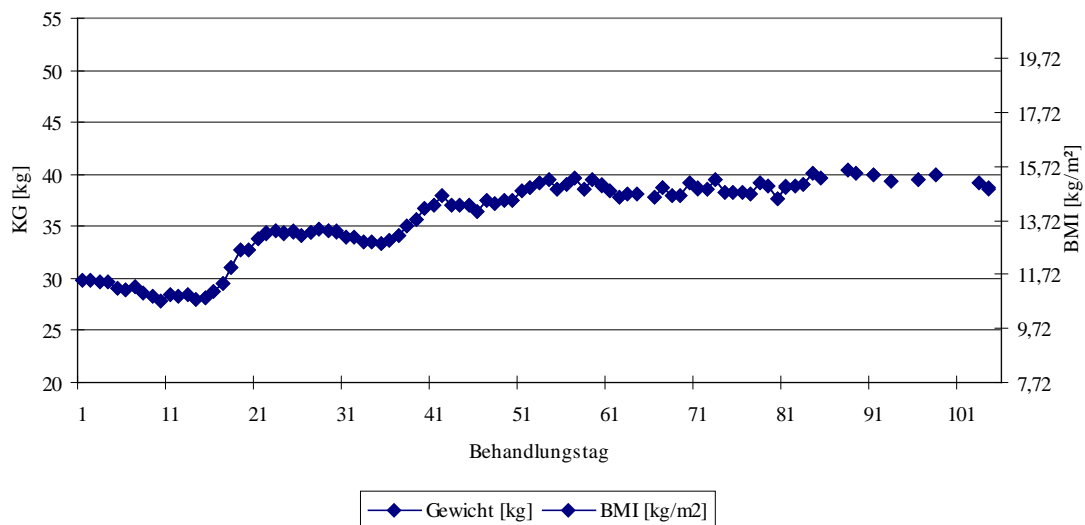


Abb. 105 Gewichtsentwicklung Patientin 16

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg während der Behandlung von 11,52 kg/m² auf 14,91 kg/m² bei der Entlassung (Abb. 105).

Ärztliche Behandlung

Für die Patientin wurde ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil und im Verlauf besserte sich die Therapiemotivation deutlich. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung und Art und Menge der Sondenkost fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an.

Pflegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und die Sondenkost und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Das Zimmer der Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht.

Ernährung

Nach einer Gewichtsabnahme von zwei kg während der ersten neun Behandlungstage wurde die Anlage einer PEG-Sonde geplant. Die PEG-Sonde wurde am 13. Behandlungstag (KG 27,95 kg, BMI 10,78 kg/m²) mit Einwilligung der Patientin gelegt. Die täglich durch Sondenkost (Fresubin original fibre® 500 kcal/500 ml, Fresubin energy fibre®

750 kcal/500 ml und Salvimulsin MCT® 800 kcal/500 ml) zugeführte Kalorienmenge lag zwischen 500 und 2100 kcal (Abb. 106), wobei die Patientin die Sondenkost auch trank. Da nun das Gewicht der Patientin zunahm, manipulierte sie an der Sonde und versuchte, heimlich an Abführmittel zu gelangen. Sie hatte Probleme ihr Gewicht durch orale Nahrungsaufnahme zu steigern und nahm nur langsam zu. Die Patientin wünschte dringend die Verlegung in die psychosomatische Abteilung eines Bezirkskrankenhauses und wurde mit liegender PEG-Sonde verlegt.

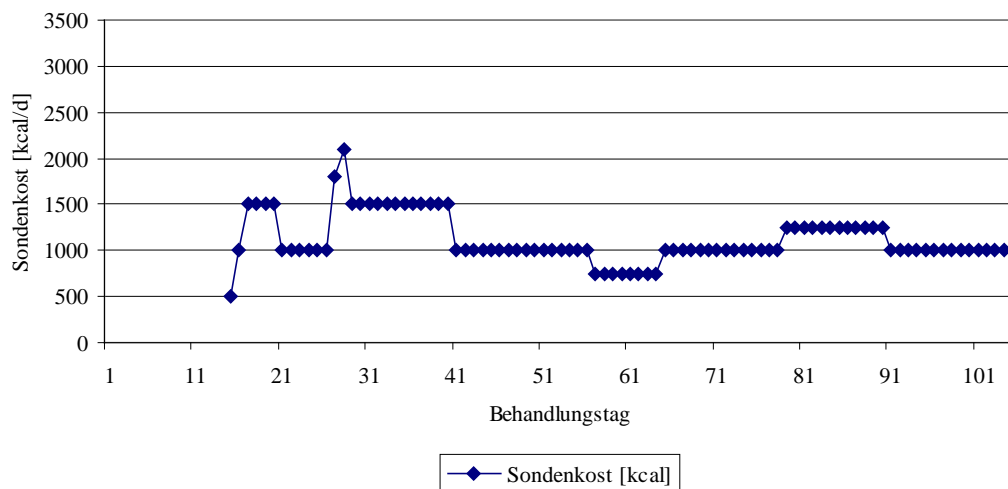


Abb. 106 Sondenkost Patientin 16

Medikamentöse Behandlung

Um die innere Angespanntheit zu lindern wurden der Patientin vom 5. – 26. Behandlungstag Diazepam 5 – 10 mg/Tag gegeben.

Ein depressives Syndrom wurde ab dem 12. Behandlungstag mit Mirtazapin 45 mg/Tag behandelt.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

Ein kraniales MRT wurde nicht durchgeführt.

HAWIE-R

Bei Patientin 16 wurde. Am 75. Behandlungstag bei einem Gewicht von 38,25 kg (BMI 14,76 kg/m²) ein HAWIE-R durchgeführt. Dabei erreichte die Patientin einen Gesamt-IQ von 102, im Verbal Teil 98 und im Handlungsteil 106 Zähler.

6.2.16.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 16

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die Behandlung erfolgte auf freiwilliger Rechtsgrundlage (Abb. 104).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Bei Entlassung zeigte sich die Patientin allseits orientiert. Konzentration, Auffassung, formales und inhaltliches Denken sowie der Affekt waren unauffällig, psychotisches Erleben bestand nicht. Die Therapiemotivation war etwas gebessert, insgesamt wollte die Patientin sich jedoch weder auf eine Therapie in der Anorexiegruppe noch auf eine Einzelpsychotherapie einlassen.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde nach 104 Tagen mit einer Gewichtssteigerung von 8,80 kg auf 38,65 kg (BMI 14,91 kg/m²) entlassen.

Die Herzfrequenz lag bei 100 Schlägen/min, der Blutdruck RR 95/60 mmHg.

Das EKG war unauffällig, auf die erneute Ableitung eines EEGs wurde verzichtet.

Im Labor zeigte sich eine Hyponatriämie (133 mmol/l) und eine Anämie (Erythrozyten 4,16/pl).

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde zur selbst gewählten Weiterbehandlung in ein Bezirkskrankenhaus entlassen.

6.2.17 Patientin 17

6.2.17.1 Aufnahme Patientin 17

Anlass der Aufnahme

Patientin 17 wurde mit einem vital gefährdenden anorektischen Syndrom aus einer Medizinischen Klinik, in der sie bei Verweigerung einer adäquaten Therapie nicht mehr führbar war, in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt.

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Bei Aufnahme bestand eine rechtliche Betreuung. Die Patientin willigte freiwillig in den Verbleib auf der geschlossenen Station der Psychiatrischen Klinik der LMU ein (Abb. 107).

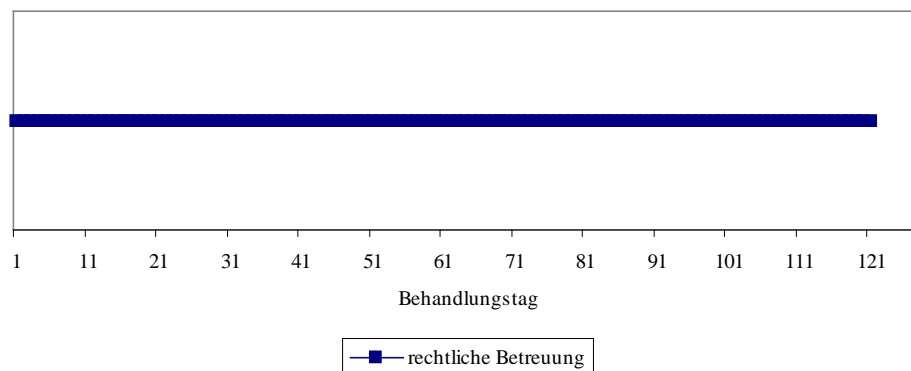


Abb. 107 Rechtsgrundlage der Behandlung Patientin 17

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Bei der wachen, bewussteinssklaren und voll orientierten Patientin imponierte ein depressiver herabgestimmter Affekt bei gering ausgeprägter Schwingungsfähigkeit. Es bestanden keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen, kein Anhalt für psychotisches Erleben. Bei fehlender Krankheitseinsicht war eine Therapiemotivation bedingt vorhanden. Suizidalität bestand nicht.

Somatischer Aufnahmebefund

Die 20-jährige Patientin war 1,67 m große und wog 40,00 kg. Der daraus errechnete BMI betrug 14,34 kg/m².

Die Herzfrequenz lag bei 105 Schlägen/min, der Blutdruck RR 100/70 mmHg.

Das abgeleitete EKG zeigte eine Sinusbradykardie (56 Schläge/min), die EEG-Ableitung zeigte ein unauffälliges EEG vom Alpha-Typ.

Im Labor zeigte sich eine Anämie (Erythrozyten 3,88/pl, Hb 11,3 g/dl, Hk 34,5 %).

Zuverlegung

Patientin 17 wurde mit liegender PEG-Sonde aus einer Medizinischen Klinik zuverlegt.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Die Patientin leide seit 7 Jahren an Anorexie. Zuletzt sei sie mit einem Gewicht von 32 kg (BMI 11,47 kg/m²) in eine medizinische Klinik eingewiesen worden. Dort sei sie zunächst über einen ZVK, später über eine Magensonde ernährt worden und habe auch zugenommen. Zeitweise habe sie bei paralytischen Ileus intensivmedizinisch behandelt werden müssen. Nach Einrichtung einer Betreuung wurde die Patientin in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt.

Biographische Anamnese

Patientin 17 war 20 Jahre alt und wurde als älteres von zwei Kindern eines Finanzbeamten und einer Bäckereiverkäuferin geboren. Ihr Bruder sei ein Jahr jünger. Sie sei ein erwünschtes Kind gewesen. Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung seien unauffällig gewesen. Nach dem Kindergarten sei sie regelrecht eingeschult worden, habe dann zunächst das Gymnasium besucht bevor sie auf die Realschule gewechselt und Mittlere Reife gemacht habe. Mit Autoritätspersonen und Mitschülern sei sie immer gut ausgekommen. Eine Ausbildung zur Erzieherin habe sie abgebrochen.

Sexualanamnese

Erste sexuelle Erfahrungen habe sie mit 12 Jahren gemacht. Sexuelle Gewalt habe sie nie erlebt.

Psychiatrische Familienanamnese

Es liegen keine bekannten psychiatrischen Erkrankungen vor.

Somatische Anamnese

Es sind keine somatischen Vorerkrankungen bekannt. Ihre Menarche habe sie im Alter von 11 Jahren gehabt, in Folge ihrer Erkrankung sei es vor circa fünf Jahren zum Ausbleiben der Menstruation gekommen.

Vorbehandlungen

Im Zusammenhang mit ihrer Essstörung war die Patientin bisher einmal in einer Psychosomatischen Klinik und einmal in einer Medizinischen Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Eine ambulante Therapie habe nicht stattgefunden.

6.2.17.2 Behandlung und Verlauf Patientin 17

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Es bestand eine rechtliche Betreuung, welche am 120. Behandlungstag auslief. Bei gegebener Behandlungsbereitschaft guter Therapiemotivation wurde keine Verlängerung der Betreuung beantragt. Die Patientin verblieb freiwillig auf der geschlossenen Station (Abb. 107).

Therapiedauer

Patientin 17 wurde 127 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Nach anfangs leichter Gewichtsabnahme und zunächst zögerlicher Gewichtszunahme konnte die Patientin stetig zunehmen und ihr Gewicht bei knapp 50 kg stabilisieren (Abb. 108).

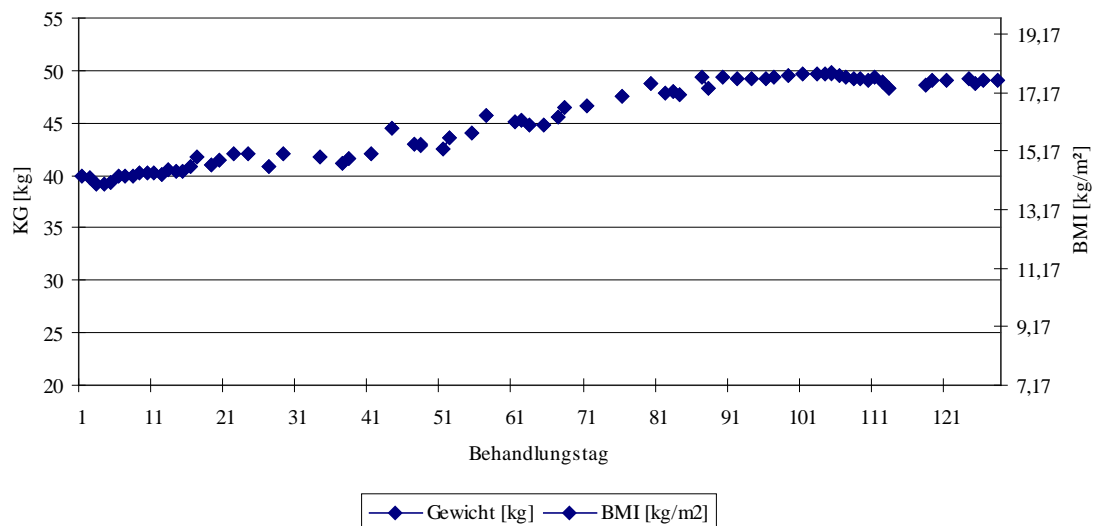


Abb. 108 Gewichtsentwicklung Patientin 17

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg während der Behandlung von 14,34 kg/m² auf 17,61 kg/m² bei der Entlassung (Abb. 108).

Ärztliche Behandlung

Für die Patientin wurde ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil und im Verlauf besserte sich die Therapiemotivation deutlich. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung und Art und Menge der Sondenkost fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an. Ein sakraler Dekubitus wurde in der Chirurgischen Klinik behandelt.

Pflegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und die Sondenkost und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Die Patientin musste zu Behandlungsbeginn wiederholt wegen heimlichen Sporttreibens isoliert werden. Das Zimmer der Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht.

Ernährung

Bei liegender PEG-Sonde und Zustand nach paralytischen Ileus wurde ab dem 3. Behandlungstag mit der Sondenernährung begonnen. Die täglich durch Sondenkost (Fresubin energy fiber® 750 kcal/500 ml) zugeführte Kalorienmenge lag zwischen 380 und 2250 kcal (Abb. 109), wobei die Patientin die Sondenkost auch trank. Zu Beginn hatte die Patientin große Probleme, sich an die Regeln auf Station zu halten. So trieb sie beispielsweise vor und nach den Mahlzeiten heimlich Sport auf der Toilette und musste isoliert werden. Im Verlauf zeigte sich die Patientin zunehmend behandlungseinsichtig und konnte mit unterstützender Ernährung über die PEG-Sonde gut zunehmen. Nach Entfernen der PEG am 104. Behandlungstag (KG 49,75 kg, BMI 17,84 kg/m²) konnte die Patientin das Gewicht durch die Teilnahme an den Mahlzeiten konstant halten.

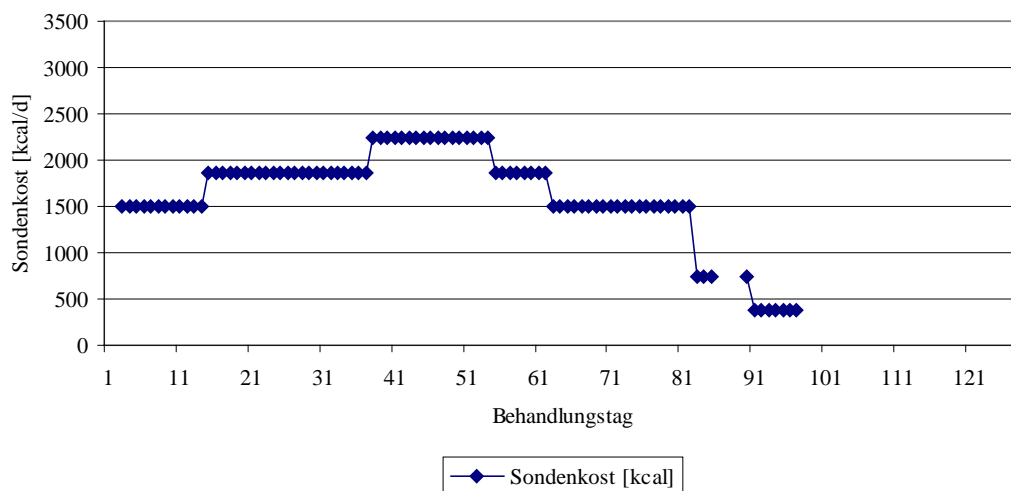


Abb. 109 Sondenkost Patientin 17

Medikamentöse Behandlung

Ein depressives Syndrom wurde vom 12. – 63. Behandlungstag medikamentös mit Mirtazapin 45 mg/Tag, ab dem 64. Behandlungstag mit Mirtazapin 30 mg/Tag und Venlafaxin retard 150 mg/Tag behandelt. Unter der Therapie kam es zu einem deutlichen Rückgang der Symptomatik.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

Ein durchgeführtes kraniales MRT zeigte einen unauffälligen Befund

HAWIE-R

Bei Patientin 17 wurde am 15. Behandlungstag (KG 40,80 kg (BMI 14,63 kg/m²) ein HAWIE-R durchgeführt. Dabei errichte die Patientin im Gesamtteil einen IQ von 100, im Verbal Teil 91 und im Handlungsteil 109.

6.2.17.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 17

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die rechtliche Betreuung war während der Behandlung ausgelaufen und nicht erneuert worden (Abb. 107).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Bei Entlassung zeigte sich die Patientin allseits orientiert. Die depressive Symptomatik war unter der Therapie mit Remergil und Trevilor retard abgeklungen. Es bestanden keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen, kein Anhalt für psychotisches Erleben. Der

Patientin ist es gut gelungen, die störungsspezifischen Verhaltensweisen, insbesondere das exzessive Sporttreiben, zu unterlassen und sie zeigte sich therapiemotiviert. Die therapeutische Bearbeitung ihrer Krankheitssituation fiel ihr zwar bis zu letzt sehr schwer, allerdings schaffte sie es zunehmend, das in der Therapie gelernte Verhalten gegenüber Manipulationsversuchen anorektischer Mitpatientinnen zu behaupten.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde nach 127 Tagen mit einer Gewichtssteigerung um 9,10 kg auf 49,10 kg (BMI 17,61 kg/m²) entlassen.

Die Herzfrequenz lag bei 105 Schlägen/min, der Blutdruck RR 100/65 mmHg.

Auf die Ableitung eines EKGs wurde verzichtet, die EEG-Ableitung zeigte ein unauffälliges EEG vom Alpha-Typ.

Das Labor war unauffällig.

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde zur selbst gewählten Weiterbehandlung in eine Psychosomatische Klinik entlassen.

6.2.18 Patientin 18

6.2.18.1 Aufnahme Patientin 18

Anlass der Aufnahme

Patientin 18 wurde mit einem vital gefährdenden anorektischen Syndrom aus einer Psychosomatischen Klinik, in der sie nicht freiwillig in der Lage war, an ihrem freiwilligen Therapiekonzept teilzunehmen und weiter an Gewicht abnahm, in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt.

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Die Patientin war mit der Verlegung in die Psychiatrische Klinik einverstanden und wurde dementsprechend auf freiwilliger Behandlungsgrundlage stationär aufgenommen (Abb. 110).

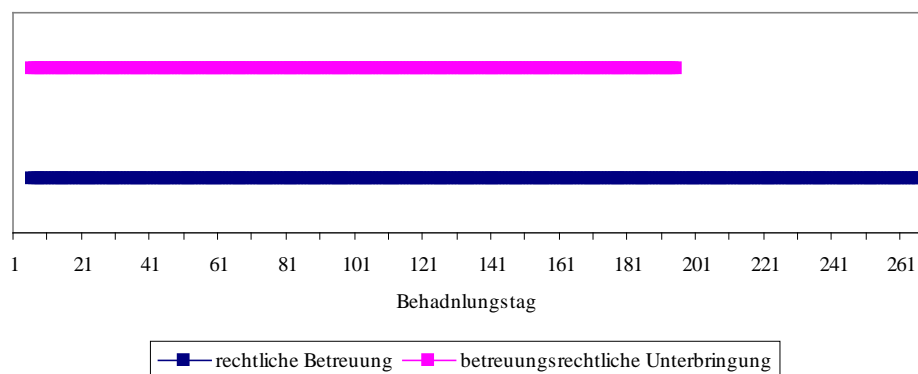


Abb. 110 Rechtsgrundlage der Behandlung Patientin 18

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Zur Aufnahme kam eine wache, voll orientierte, zerbrechlich wirkende Patientin. Im Gespräch war sie wortkarg, abweisend, unsicher und misstrauisch. Die Konzentrationsleistung war deutlich nachlassend, das formale Denken verlangsamt. Inhaltlich bestand eine starke Einengung auf die Themen Körpergewicht und Nahrungsaufnahme. Hinweise auf psychotisches Erleben in Form von Halluzinationen oder Ich-Störungen fanden sich nicht. Affektiv war die Patientin deutlich niedergestimmt und nur eingeschränkt schwingungsfähig. Sie berichtete über Gefühle von Freudlosigkeit, Energielosigkeit, Interesselosigkeit, Perspektive- und Hoffnungslosigkeit. Zudem bestanden Schuldgefühle sowie mangelndes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl. Vegetative Störungen bestanden in Form von Ein- und Durchschlafstörungen sowie Erschöpfungsgefühlen und Frieren.

Psychomotorisch war die Patientin deutlich verlangsamt. Der Antrieb war bei schneller Erschöpfbarkeit reduziert. Suizidalität bestand nicht.

Somatischer Aufnahmebefund:

Die 26-jährige Patientin war 1,69 m groß und wog 29,35 kg. Der daraus errechnete BMI betrug 10,24 kg/m².

Die Herzfrequenz lag bei 56 Schlägen/min, der Blutdruck (RR) bei 90/60 mmHg.

Das auf der Intensivstation abgeleitete EKG zeigte eine Sinusbradykardie (30 Schlägen/min), das abgeleitete EEG war unauffällig.

Im Labor zeigte sich eine Hyponatriämie (130 mmol/l), die übrigen Laborwerte waren unauffällig.

Zuverlegung

Die Patientin wurde aus der Psychosomatischen Klinik zuverlegt.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Die Patientin leide seit drei Jahren an einer Essstörung. Zunächst habe sie nur im Rahmen partnerschaftlicher Konflikte und starker beruflicher Unzufriedenheit ihr Gewicht durch restriktives Essverhalten um fünf kg verringert. Das Bedürfnis nach dem Gefühl dünner zu werden und den eigenen Körper unter Kontrolle zu haben sei dann zunehmend stärker geworden. In der Folgezeit habe sie auch aktive gewichtsreduzierende Maßnahmen wie bis zu 20-mal täglichem Erbrechen, Laxantiengebrauch und einen starken Zigaretten- und Kaffeekonsum betrieben. Innerhalb von zwei Jahren habe sie 30 kg abgenommen. Auf Grund eines hohen Leidensdruckes durch die Essstörung und massiver beruflicher Unzufriedenheit sei es vor eineinhalb Jahren zu einem Suizidversuch mit Schlaftabletten gekommen. Während des anschließenden stationär-psychiatrischen Aufenthaltes habe sie keine Behandlungsbereitschaft bezüglich der Essstörung entwickeln können. Zwei Aufenthalte in Psychosomatischen Kliniken habe sie vorzeitig abgebrochen. Seit sechs Monaten sei sie auf Grund ihres schlechten Ernährungszustandes nicht mehr in der Lage, ihrer Arbeit nachzukommen. Jetzt habe sie sich in einer Psychosomatischen Klinik aufnehmen lassen, sei aber nicht in der Lage gewesen freiwillig an der Therapie teilzunehmen. Vielmehr habe sie ein extrem restriktives Essverhalten gezeigt und habe Heißhungerattacken mit anschließendem Erbrechen nachgegeben. Bei einer weiteren Gewichtsreduktion wurde die Patientin in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt.

Biographische Anamnese

Patientin 18 war 26 Jahre alt und wurde als jüngeres von zwei Kindern eines Ingenieurs und einer Hausfrau geboren. Sie sei ein erwünschtes Kind gewesen. Sie sei eine Frühgeburt gewesen, die frühkindliche Entwicklung sei unauffällig verlaufen. Nach dem Kindergarten sei sie regelrecht eingeschult worden und habe die Schule nach der 9. Klasse ohne qualifizierten Hauptschulabschluss beendet. Im Anschluss habe sie eine Lehre als Friseurin gemacht und arbeite seit sieben Jahren in dem Ausbildungsbetrieb. Das Verhältnis zu Autoritätspersonen und Lehrern sei gut gewesen, bei Mitschülern sei sie beliebt gewesen und habe immer schnell Anschluss gefunden.

Sexualanamnese

Erste sexuelle Erfahrungen habe sie mit 17 gemacht, sexuelle Gewalt habe sie nie erlebt.

Psychiatrische Familienanamnese

Es sind keine psychiatrischen Erkrankungen in der Familie bekannt.

Somatische Anamnese

Es sind keine somatischen Vorerkrankungen bekannt. Ihre Menarche habe sie im Alter von 12 Jahren gehabt, in Folge ihrer Erkrankung sei es vor circa zwei Jahren zum Ausbleiben der Menstruation gekommen.

Vorbehandlungen

Im Zusammenhang mit ihrer Essstörung war die Patientin bisher einmal stationär in einer Psychiatrischen Klinik und dreimal in einer Psychosomatischen Klinik behandelt worden. Eine stationäre Behandlung in einer Medizinischen Klinik war bisher nicht erfolgt. Zwei ambulante Psychotherapien habe sie ohne, dass es zu einer Besserung ihrer Essstörung gekommen sei abgebrochen.

6.2.18.2 Behandlung und Verlauf Patientin 18

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Da die Patientin nach zwei Tagen die Behandlung verweigerte, obwohl es zu einer Verschlechterung der Vital- und Laborparameter gekommen war und nach Meinung des internistischen Oberarztes akute Gefahr für Leib und Leben der Patientin bestand (Bradykardie mit 30 Schlägen/min, Na 126 mmol/l, Kalium 3,4 mmol/l), wurde die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung und betreuungsrechtlichen Unterbringung beantragt. Diese erfolgte ab dem 5. Behandlungstag. Die betreuungsrechtliche Unterbringung wurde

zunächst für 42 Tage angeordnet. Da nach Ablauf der 42 Tage weiterhin der Wunsch nach Beendigung der Behandlung und Entlassung bestand, wurde der betreuungsrechtliche Unterbringungsbeschluss durch das Vormundschaftsgericht um weitere 42 Tage verlängert. Insgesamt wurde der betreuungsrechtliche Krankheitseinsicht und Therapieverweigerung zweimal auf insgesamt 190 Tage verlängert. Anschließend willigte die Patientin freiwillig in die Behandlung und den Verbleib auf der Station ein. Die im Rahmen des Unterbringungsverfahrens eingerichtete gesetzliche Betreuung blieb über den Entlassungszeitpunkt hinaus bestehen (Abb. 110).

Therapiedauer

Patientin 18 wurde 262 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Anfänglich stagnierte das Gewicht der Patientin um 29 kg. Mit Aufdosierung der Sondenkost kam es bis zum 209. Behandlungstag zu einer regelmäßigen Gewichtszunahme auf 50,80 kg (BMI 17,79 kg/m²). Nach Reduktion der Sondenkost kam es zu einem leichten Rückgang des Körpergewichtes, bevor die Patientin ihr Gewicht bei gut 48 kg stabilisierte (Abb. 111).

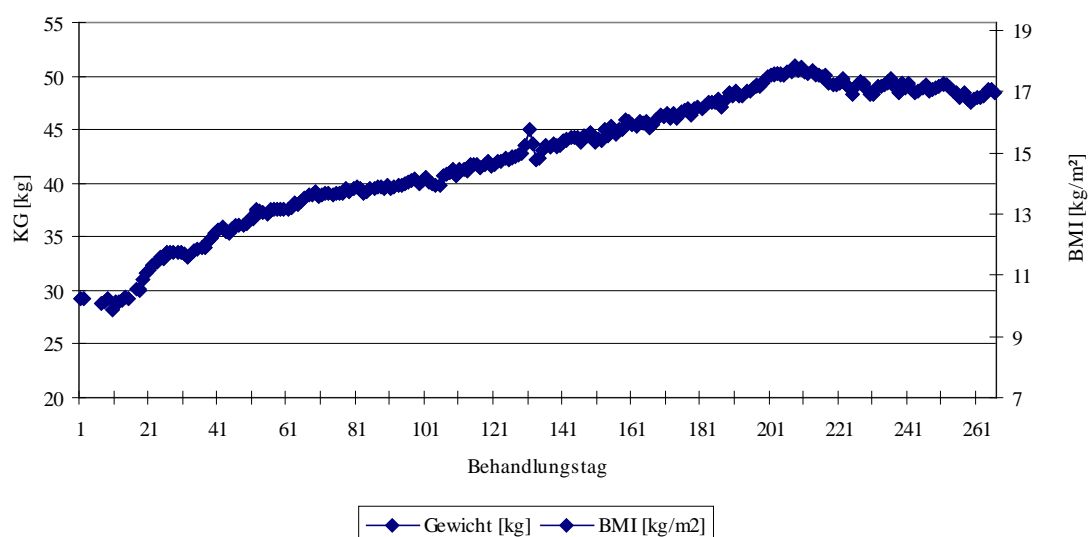


Abb. 111 Gewichtsentwicklung Patientin 18

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg während der Behandlung von 10,24 kg/m² auf 16,96 kg/m² bei der Entlassung (Abb. 111).

Ärztliche Behandlung

Die Patientin musste zwischen dem 1. und 5. Behandlungstag intensivmedizinisch behandelt werden. Auf der Intensivstation hatte sie Bradykardien (30 Schläge/min.) und Elektrolytentgleisungen (Natrium bis 126 mmol/l, Kalium bis 3,4 mmol/l), die dort entsprechend behandelt wurden. Für die Patientin wurde ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil und im Verlauf besserte sich die Therapiemotivation deutlich. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung und Art und Menge der Sondenkost fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an. Nur langsam zeigte sich eine ausreichende Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft. In den Einzelgesprächen thematisierte die Patientin zunehmend ihr mangelndes Selbstwertgefühl und ihre Lebensängste.

Pflegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und die Sondenkost und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Um heimliches exzessives Wassertrinken oder Erbrechen zu verhindern, wurden auch die Toilettengänge überwacht. Falls es der Patientin dennoch gelang exzessiv Wasser zu trinken, zu erbrechen oder am Sondensystem zu manipulierten, wurde sie zeitweise durch das Pflegepersonal isoliert. Das Zimmer der Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht.

Ernährung

Durch die schlechte Ernährungssituation und die Verweigerung der Nahrungsaufnahme wurde die Anlage einer PEG-Sonde nötig. Dies erfolgte am 7. Behandlungstag (KG 29,00 kg, BMI 10,15 kg/m²). Die täglich durch Sondenkost (Fresubin energy fiber[®] 750 kcal/500 ml und Salvimulsin MCT[®] 800 kcal/500 ml) zugeführte Kalorienmenge lag zwischen 800 und 3200 kcal (Abb. 112), wobei die Patientin die Sondenkost auch trank. Zu beginn verweigerte die Patientin weitestgehend das Essen von Normalkost, so dass ihr Kalorienbedarf fast ausschließlich über Sondenkost, die über die PEG-Sonde gegeben wurde, deckte. Mit der steigenden Fähigkeit der Patientin, ihren Energiebedarf durch die Teilnahme an den Mahlzeiten und die Aufnahme von Normalkost zu decken, wurde die Menge der Sondenkost reduziert.

Die PEG-Sonde lag 250 Tage. Während der PEG-Lage nahm die Patientin von 29,00 kg (BMI 10,15 kg/m²) um 18,80 kg auf 47,80 kg (BMI 16,74 kg/m²) zu. Die deutliche Reduzierung der Sondenkost ab dem 204. Behandlungstag (KG 50,10 kg, BMI 17,54 kg/m²) und die Entfernung der PEG-Sonde führten zu einer leichten Gewichtsabnahme, bevor die Patientin ihr Gewicht bei gut 48 kg (BMI ca. 16,9 kg/m²) stabilisieren konnte.

Im Verlauf kam es wiederholt zu Manipulationen am Sondensystem, so dass die Patientin teilweise während der Verabreichung der Sondenkost durch das Pflegepersonal überwacht werden musste.

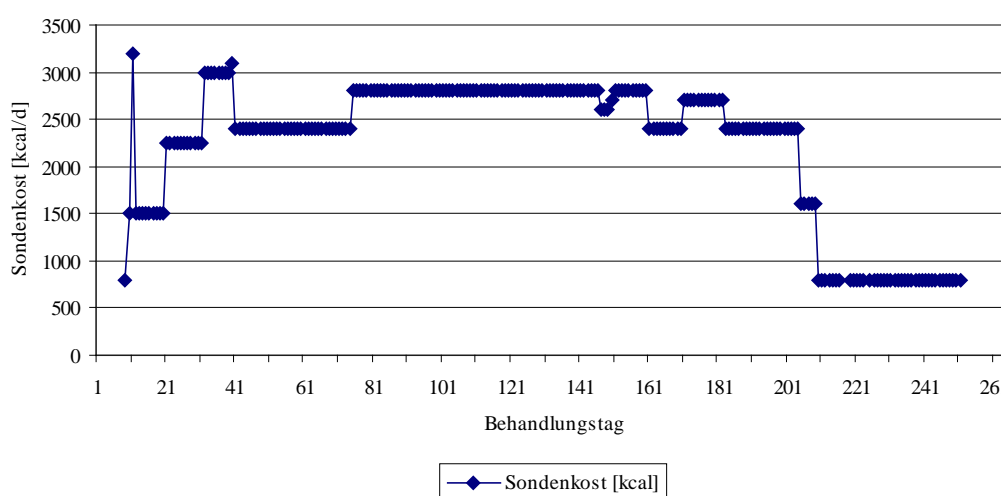


Abb. 112 Sondenkost Patientin 18

Medikamentöse Behandlung

In Einvernehmen mit den Wünschen der Patientin wurde ein depressives Syndrom zunächst nicht medikamentös behandelt. Im Verlauf willigte die Patientin in eine medikamentöse Behandlung ein, die mit Mirtazapin und Paroxetin erfolgte. Vom 63. – 139. Behandlungstag mit Mirtazapin 45 mg/Tag, vom 131. – 139. Behandlungstag mit Mirtazapin 15 mg/Tag und Paroxetin 30 mg/Tag, vom 140. – 169. Behandlungstag mit Mirtazapin 15 mg/Tag und Paroxetin 20 mg/Tag und vom 170. – 252. Behandlungstag mit Paroxetin 20 mg/Tag behandelt. Unter dieser Medikation kam es zu einer deutlichen Besserung der depressiven Symptomatik.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

Das am 65. Behandlungstag (KG 38,60 kg BMI 13,51 kg/m²) durchgeführte kraniale MRT war unauffällig.

HAWIE-R

Bei Patientin 18 wurde zweimal ein HAWIE-R durchgeführt (Abb. 18.2). Am 26. Behandlungstag bei einem Gewicht von 33,60 kg (BMI 11,76 kg/m²) und am 264. Behandlungstag bei einem Gewicht von 48,75 kg (BMI 17,07 kg/m²). Die Patientin verbesserte im zweiten Test den Gesamt-IQ von 79 auf 97 (Abb. 18.2). Im Verbal Teil verbesserte sie sich von 85 auf 99 und im Handlungsteil von 78 auf 92.

6.2.18.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 18

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die gesetzliche Betreuung blieb über den Entlassungszeitpunkt hinaus bestehen (Abb. 110).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Bei Entlassung zeigte sich die Patientin allseits orientiert. Sie war krankheitseinsichtig und therapiemotiviert. Im Gespräch war sie weiterhin unsicher aber offener, deutlich weniger misstrauisch und nicht mehr ausschließlich auf die Themen Körpergewicht und Nahrungsaufnahme fixiert. Die Konzentrationsleistung und das formale Denken waren deutlich gebessert. Halluzinationen und Ich-Störungen fanden sich nicht. Die Verlegung in die Psychosomatische Klinik ängstigte sie und die Stimmung war niedergeschlagen. Suizidalität bestand nicht.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde nach 262 Behandlungstagen mit einer Gewichtssteigerung um 19,20 kg auf 48,45 kg (BMI 16,96 kg/m²) entlassen.

Die Herzfrequenz lag bei 76 Schlägen/min, der Blutdruck RR 110/65 mmHg.

Das letzte EKG wurde 74 Tage vor Entlassung abgeleitet und zeigte eine Sinusbradykardie mit 56 Schlägen/min.

Bei normalem Aufnahmebefund wurde auf die erneute Ableitung eines EEGs verzichtet.

Das Labor war unauffällig.

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde zur selbst gewählten Weiterbehandlung in eine psychosomatische Klinik entlassen.

6.2.19 Patientin 19

6.2.19.1 Aufnahme Patientin 19

Anlass der Aufnahme

Patientin 19 wurde mit einem vital gefährdenden anorektischen Syndrom von zu Hause kommend in der Psychiatrischen Klinik der LMU aufgenommen.

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Zum Aufnahmezeitpunkt bestand eine rechtliche Betreuung, deren Einrichtung durch die ambulante Therapeutin angeregt worden war. Die Patientin willigte freiwillig in die Behandlung und den Verbleib auf der geschlossenen Station ein (Abb. 113).

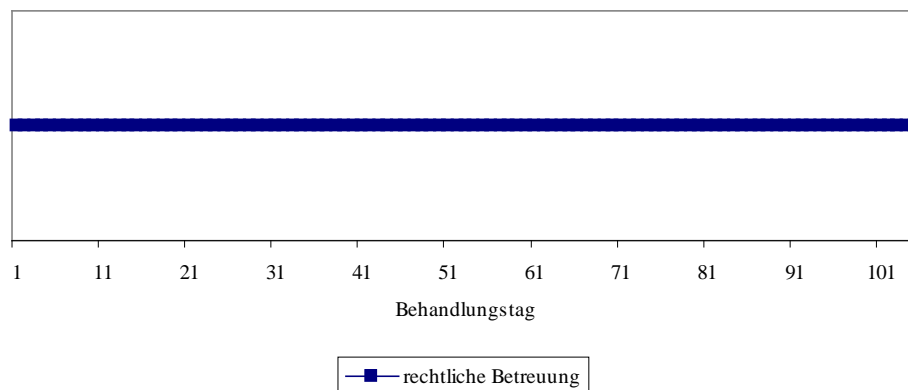


Abb. 113 Rechtsgrundlage der Behandlung Patientin 19

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Zur Aufnahme kam eine wache, voll orientierte, zerbrechlich wirkende Patientin. Sie trat gepflegt auf und wirkte jünger als ihr biologisches Alter. Das Denken war formal geordnet, inhaltlich durch eine intensive Beschäftigung mit Ängsten, etwas Falsches oder Verbotenes zu machen, geprägt. Hinweise für psychotisches Erleben in Form von Halluzinationen oder Ich-Störungen fanden sich nicht. Zwangssymptome im Sinne von einem leichten Wasch- und Kontrollzwang waren zu eruieren. Die Patientin berichtete zusätzlich von Zählzwang. Im Affekt war sie sehr ängstlich, deutlich niedergestimmt und weinerlich. Sie hatte ausgeprägte Insuffizienzgefühle. Psychomotorisch war sie unauffällig. Sie war voll krankheitseinsichtig und therapiemotiviert. Suizidalität wurde glaubhaft verneint.

Somatischer Aufnahmebefund

Die 23-jährige Patientin war 1,54 m groß und wog 26,25 kg. Der daraus errechnete BMI betrug 11,07 kg/m².

Die Herzfrequenz lag bei 88 Schlägen/min, der Blutdruck RR 100/60 mmHg.

Das EKG zeigte eine Sinusbradykardie (58 Schläge/min), das EEG war unauffällig.

Im Labor zeigte sich eine Leukopenie (3,41/nl) und eine Anämie (Erythrozyten 3,50/pl, Hb 11,4 g/dl, Hk 32,4 %).

Zuverlegung

Patientin 19 wurde auf Vermittlung ihres behandelnden Psychiaters in der Psychiatrischen Klinik der LMU aufgenommen.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Die Patientin leide seit 9 Jahren an einer Essstörung. Sie sei wiederholt in stationärer Behandlung gewesen, das letzte Mal vor 2 Jahren. Im Anschluss sei sie in ambulanter Behandlung gewesen und habe ihr Gewicht zwischen 37 und 45 kg (BMI 15,60 bis 18,97 kg/m²) halten können, weswegen sie mit der Therapie seit 1,5 Jahren pausiert habe. Aktuell habe sie auf Grund von Beziehungsproblemen und Bestehensängsten bezüglich des Abiturs wieder angefangen abzunehmen. Nach Ablegen der Abiturprüfungen habe sie sich bei ihrer Therapeutin vorgestellt, die bei einem Gewicht von 25,5 kg (BMI 10,75 kg/m²) die stationäre Aufnahme in der Psychiatrischen Klinik der LMU vermittelt und die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung angeregt habe.

Biographische Anamnese

Patientin 19 war 23 Jahre alt und wurde als zweites von vier Kindern eines geschäftsführenden Diplom Ingenieurs und einer Hausfrau geboren. Sie sei ein erwünschtes Kind gewesen. Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung seien unauffällig gewesen. Nach dem Kindergarten sei sie regulär eingeschult worden und habe nach der 4. Klasse auf das Gymnasium gewechselt. Wegen langer Fehlzeiten durch die Essstörung habe sie die 8. und 10. Klasse freiwillig wiederholt. Nach der 11. Klasse habe sie die Schule mit der Mittleren Reife beendet. Sie habe dann ein Praktikum im Kindergarten gemacht und eine Ausbildung als Erzieherin begonnen, diese aber nach einem Jahr abgebrochen. Sie sei mit ihrem Freund zusammengezogen und habe eine Ausbildung als Hotelfachfrau begonnen. Diese wurde nach einem halbe Jahr durch den Arbeitgeber beendet. Nach einem Aufenthalt in

einer psychosomatischen Klinik sei wieder zu ihren Eltern gezogen und habe auf der Fachoberschule (Wirtschaftszweig) das Abitur gemacht.

Sexualanamnese

Mit 14 sei es zu ersten sexuellen Erfahrungen gekommen, sexuelle Gewalt habe sie nie erlebt.

Psychiatrische Familienanamnese

Es liegen keine bekannten psychiatrischen Erkrankungen vor.

Somatische Anamnese

Windpocken, Polypektomie mit fünf Jahren, häufig Otitiden und Erkältungen im Kindesalter. Appendektomie mit 19 Jahren. Ihre Menarche habe sie im Alter von 12 Jahren gehabt, in Folge ihrer Erkrankung sei es vor 10 Jahren zum Ausbleiben der Menstruation gekommen.

Vorbehandlungen

Im Zusammenhang mit ihrer Essstörung war die Patientin bisher viermal in einer Psychiatrischen bzw. Psychosomatischen Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Eine ambulante Therapie habe keine Besserung erbracht.

6.2.19.2 Behandlung und Verlauf Patientin 19

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Es bestand eine rechtliche Betreuung für die Patientin. In den Verbleib und die Behandlung auf der geschlossenen Station der Psychiatrischen Klinik der LMU willigte sie freiwillig ein (Abb. 113).

Therapiedauer

Patientin 19 wurde 114 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Nach anfänglicher Gewichtsabnahme konnte die Patientin stetig zunehmen und ihr Gewicht bei circa 40 kg stabilisieren (Abb. 114).

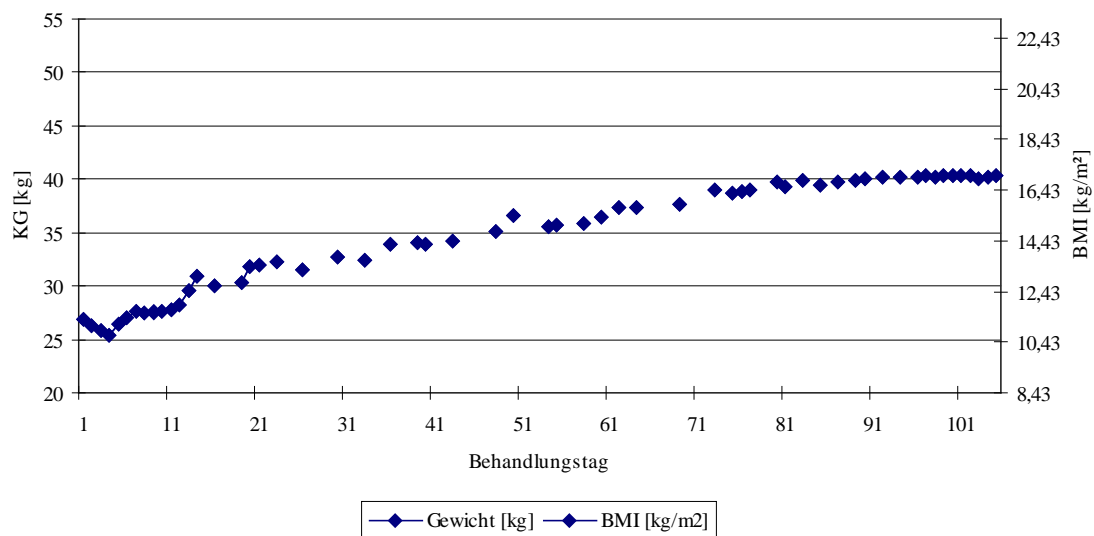


Abb. 114 Gewichtsentwicklung Patientin 19

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg während der Behandlung von 11,07 kg/m² auf 16,99 kg/m² bei der Entlassung (Abb. 114).

Ärztliche Behandlung

Für die Patientin wurde ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil und begann, ihre private Konfliktsituation zu bearbeiten und schien therapiemotiviert und gut psychotherapiefähig. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung und Art und Menge der Sondenkost fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an.

Pflegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und die Sondenkost und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Das Zimmer der Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht.

Ernährung

Die Patientin zeigte sich krankheitseinsichtig und behandlungsbereit. Zur Unterstützung der Gewichtszunahme wurde am 2. Behandlungstag (KG 25,85 kg, BMI 10,9 kg/m²) eine PEG-Sonde gelegt. Die täglich durch Sondenkost (Salvimulsin MCT® 800 kcal/500 ml) zugeführte

Kalorienmenge lag zwischen 400 und 2400 kcal (Abb. 115), wobei die Patientin die Sondenkost auch trank. Die Patientin konnte mit Unterstützung der Sondennahrung gut an Gewicht zunehmen und dieses auch zunehmend durch die Teilnahme an den Mahlzeiten selbständig halten. Die PEG-Sonde lag 95 Tage. Im Gegensatz zu den meisten anderen Patientinnen bestand kein übermäßiges Trinken von Wasser, Erbrechen, Laxantiengebrauch, Horten von Nahrungsmitteln, Wegschütten von Sondenkost und Manipulieren an der PEG-Sonde.

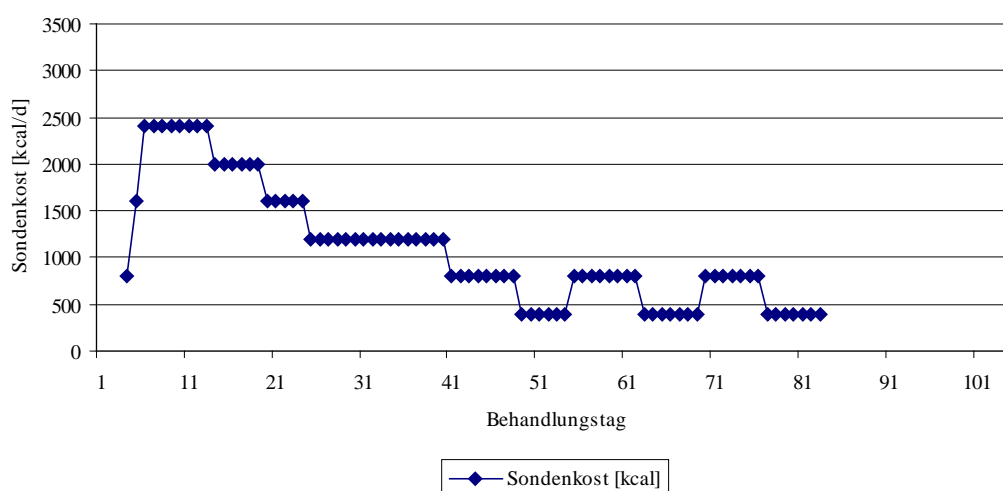


Abb. 115 Sondenkost Patientin 19

Medikamentöse Behandlung

Zusätzlich zu Ängsten, sich nicht an die Verhaltensregel halten zu können, bestand bei Aufnahme ein depressives Syndrom und Zwangssymptomatik mit Kontroll- und Waschzwang, die ab dem 7. Tag medikamentös mit Citalopram 20 – 60 mg/Tag behandelt wurden. Unter dieser Medikation besserte sich die Symptomatik deutlich.

Bei bestehender Eisenmangel-Anämie wurden täglich 100 mg Eisen(II)sulfat substituiert.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

Ein durchgeführtes kraniales MRT zeigte einen unauffälligen Befund

HAWIE-R

Bei Patientin 19 wurde ein HAWIE-R durchgeführt. Am 18. Behandlungstag bei einem Gewicht von 30,25 kg (BMI 12,76 kg/m²) errichtete die Patientin im Gesamtteil einen IQ von 117, im Verbal Teil 117 und im Handlungsteil 113.

6.2.19.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 19

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die rechtliche Betreuung blieb über den Entlassungszeitpunkt hinaus bestehen (Abb. 113).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Die Patientin war bei Entlassung voll orientiert. Auffassung, Konzentration, formales und inhaltliches Denken waren unauffällig. Es fanden sich keine Hinweise für psychotisches Erleben in Form von Halluzinationen oder Ich-Störungen. Der Affekt und Zwangssymptome im Sinne von einem leichten Wasch- und Kontrollzwang waren gebessert. Sie war voll krankheitseinsichtig und therapiemotiviert.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde nach 114 Tagen mit einer Gewichtssteigerung um 14,05 kg auf 40,30 kg (BMI 16,99 kg/m²) entlassen.

Die Herzfrequenz lag bei 83 Schlägen/min, der Blutdruck RR 90/65 mmHg.

Auf die Ableitung eines EKGs und EEGs wurde verzichtet.

Im Labor zeigte sich eine Anämie (Erythrozyten 4,19/pl).

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde zur selbst gewählten Weiterbehandlung in eine Psychosomatische Klinik entlassen.

6.2.20 Patientin 20

6.2.20.1 Aufnahme Patientin 20

Anlass der Aufnahme

Patientin 20 wurde mit einem vital gefährdenden anorektischen Syndrom in der Psychiatrischen Klinik der LMU aufgenommen.

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Die Patientin willigte freiwillig in die Aufnahme auf der geschlossenen Station der Psychiatrischen Klinik der LMU ein (Abb. 116).

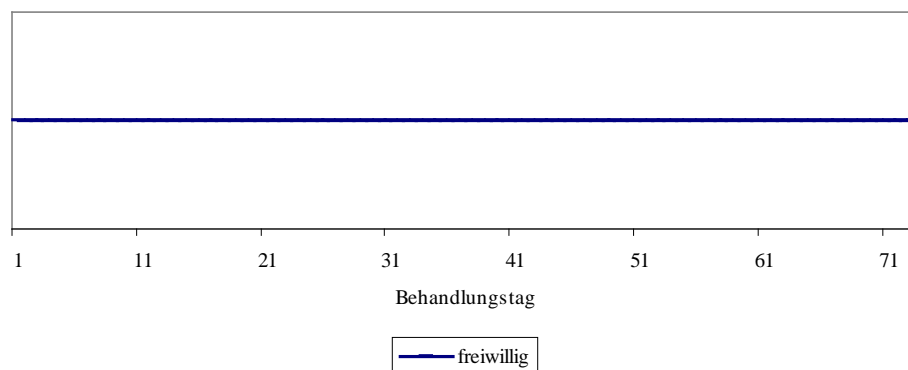


Abb. 116 Rechtsgrundlage der Behandlung Patientin 20

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Die Patientin war wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert. Der interpersonale Kontakt war gut herstellbar und die Patientin erschien freundlich und aufgeschlossen. Konzentration, Aufmerksamkeit und Auffassung erschienen ungestört. Psychomotorisch war die Patientin ruhig. Der formale Gedankengang war geordnet und inhaltlich stand die Beschäftigung mit den Bedingungen ihres Aufenthaltes sowie Sorgen bezüglich restriktiver Maßnahmen im Vordergrund. Hinweise auf psychotische Erleben oder Zwänge fanden sich nicht. Affektiv war die Patientin eher herab gestimmt, fühlte sich traurig, war aber im Gespräch gut auslenkbar und schwingungsfähig. Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft waren gegeben. Hinweise auf Suizidalität fanden sich nicht.

Somatischer Aufnahmebefund

Die 20-jährige Patientin war 1,50 m groß und wog 29,45 kg. Der sich daraus errechnete BMI betrug 12,34 kg/m².

Die Herzfrequenz lag bei 100 Schlägen/min, der Blutdruck RR 100/65 mmHg.

Das EKG zeigte eine Sinusarrhythmie, eine schwere Repolarisierungsstörung, ST- und T-Wellen-Abnormität und eine QT-Zeit-Verlängerung (HT93/min, QT-Zeit 555 ms).

Das EEG war unauffällig.

Im Labor zeigte sich eine Hyponatriämie (128 mmol/l), Hypokaliämie (1,8 mmol/l), eine Leukozytose (10,50/nl), eine Erhöhung der Erythrozyten (5,47/pl) und des Hämoglobins (17,5 g/dl) und einer Hämatokriterhöhung (51,7 %).

Zuverlegung

Patientin 20 wurde auf Vermittlung ihres Internisten in der Psychiatrischen Klinik der LMU aufgenommen.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Die Patientin leide seit acht Jahren an einer Anorexie. Damals habe sie auf 25 kg abgenommen. Nach einer fünfmonatigen Behandlung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik habe die Problematik erneut begonnen, so dass sie nochmals für 14 Monate stationär behandelt worden sei. Im Anschluss habe sie für sechs Monate in einer therapeutischen Wohngemeinschaft gelebt, bevor sie in eine eigene Wohnung gezogen sei. Unter dem Druck des anstehenden Abiturs habe sie in den letzten Monaten wieder auf 30 kg (BMI 13,33 kg/m²) abgenommen. Zudem habe sie bulimische Rituale entwickelt. Vor den Mahlzeiten habe sie viel getrunken, habe sahnig-cremiges Essen gekocht und nach dem Essen erbrochen. Seit einigen Wochen sei sie nicht mehr sie selbst. Sie liege viel im Bett und schlafe oder schaue fern und habe sich sozial zurückgezogen. Auch sei sie traurig und pessimistisch geworden. Kurz vor der aktuellen Aufnahme sei es zu einer Einweisung durch die Hausärztin gekommen. Wegen einer Hypokaliämie (1,7 mmol/l) sei eine Behandlung auf einer internistischen Intensivstation notwendig gewesen.

Biographische Anamnese

Patientin 20 war 20 Jahre alt und wurde als ältere von zwei Töchtern eines Diplom Ingenieurs und einer Steuerberaterin geboren. Sie sei ein erwünschtes Kind gewesen. Während des ersten Trimenon der Schwangerschaft sei es zu Blutungen gekommen, wegen Erschöpfung der Mutter sei die Geburt per Saugglocke erfolgt. Die frühkindliche Entwicklung sei unauffällig verlaufen. Nach drei Jahren im Kindergarten sei sie regelrecht eingeschult worden und habe nach der 4. Klasse auf das Gymnasium gewechselt. Das Verhältnis zu Lehrern und

Mitschülern sei immer gut gewesen. Wegen längerer krankheitsbedingter Abwesenheiten habe sie die 9. Klasse freiwillig wiederholt. Zurzeit besuche sie die 12. Klasse.

Sexuelanamnese

Erste sexuelle Erfahrungen habe sie mit 16 Jahren gemacht, sexuelle Gewalt habe sie nie erlebt.

Psychiatrische Familienanamnese

Es liegen keine bekannten psychiatrischen Erkrankungen vor.

Somatische Anamnese

Es sind keine somatischen Vorerkrankungen bekannt. Ihre Menarche habe sie im Alter von 15 Jahren durch die Gabe von Hormonen bekommen, in Folge ihrer Erkrankung sei es vor circa zwei Jahren zum Ausbleiben der Menstruation gekommen.

Vorbehandlungen

Im Zusammenhang mit ihrer Essstörung war die Patientin bisher zweimal in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik und einmal in einer Medizinischen Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Ambulante Therapien seien ohne Erfolg gewesen.

6.2.20.2 Behandlung und Verlauf Patientin 20

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Die Rechtsgrundlage der Behandlung war freiwillig (Abb. 116).

Therapiedauer

Patientin 20 wurde 70 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Nach anfänglichen Schwierigkeiten nahm die Patientin allein durch Normalkost langsam aber stetig zu (Abb. 117).

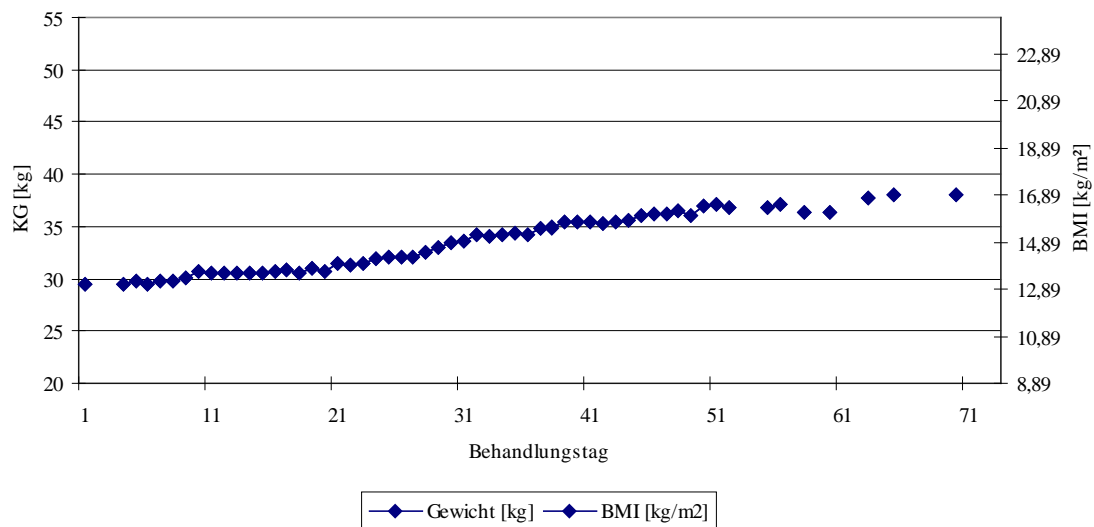


Abb. 117 Gewichtszunahme Patientin 20

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg während der Behandlung von 13,09 kg/m² auf 16,91 kg/m² bei der Entlassung (Abb. 117).

Ärztliche Behandlung

Auf Grund einer schweren Elektrolytentgleisung mit Hyponatriämie (128 mmol/l) und Hypokaliämie (1,8 mmol/l) sowie einer hypochlorämischen metabolischen Alkalose wurde die Patientin zunächst für fünf Tage auf die Intensivstation der Medizinischen Klinik verlegt. Für die Patientin wurde ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil und im Verlauf besserte sich die Therapiemotivation deutlich. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung und Art und Menge der Sondenkost fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an.

Pflegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und die Sondenkost und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Teilweise musste die Patientin isoliert werden, da sie nach den Mahlzeiten heimlich erbrach. Das Zimmer der Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht.

Ernährung

Es gelang der Patientin allein durch selbständiges Essen von Normalkost zuzunehmen (Abb. 118). Zu Behandlungsbeginn kam es wiederholt zu selbstinduziertem Erbrechen nach den Mahlzeiten, so dass die Patientin teilweise isoliert werden musste. Der Patientin gelang es im Verlauf, diese Verhaltensweisen zu unterlassen.

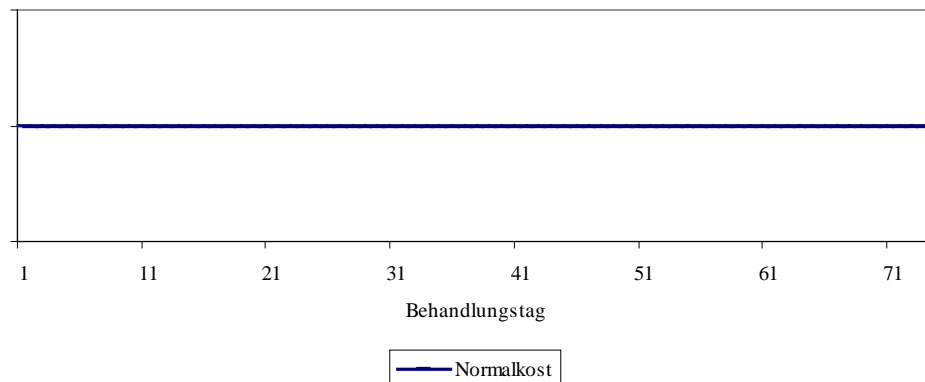


Abb. 118 Ernährung Patientin 20

Medikamentöse Behandlung

Die bei Aufnahme bestehende depressive Symptomatik wurde medikamentös mit Mirtazapin bis 45 mg/d behandelt. Diese Medikation setzte die Patientin selbständig mit der Begründung, grundsätzlich längerfristig keine Medikamente zu nehmen, wieder ab.

Während der gesamten Behandlung fand eine Substitutionstherapie mit Kaliumchlorid 40 mmol/Tag statt.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

Ein durchgeführtes kraniales MRT zeigte einen unauffälligen Befund

HAWIE-R

Bei Patientin 20 wurde ein HAWIE-R durchgeführt. Am 20. Behandlungstag bei einem Gewicht von 31,40 kg (BMI 13,96 kg/m²) errichtete die Patientin im Gesamtteil einen IQ von 119, im Verbal Teil 120 und im Handlungsteil 112.

6.2.20.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 20

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die Rechtsgrundlage der Behandlung war freiwillig (Abb. 116).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Bei Entlassung zeigte sich die Patientin allseits orientiert. Konzentration, Auffassung formales und inhaltliches Denken waren unauffällig, der Affekt leicht ängstlich und niedergestimmt. Hinweise auf psychotisches Erleben oder Ich-Störungen fanden sich nicht. Bezüglich der weiteren Behandlung in der Psychosomatischen Klinik war sie ängstlich und unsicher, in wie weit sie ihre Essstörung tatsächlich aufgeben wolle.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde nach 70 Tagen mit einer Gewichtssteigerung um 8,60 kg auf 38,05 kg (BMI 16,91 kg/m²) entlassen.

Die Herzfrequenz lag bei 90 Schlägen/min, der Blutdruck RR 105/60 mmHg.

Das EKG war unauffällig, auf die Ableitung eines EEGs wurde verzichtet.

Im Labor zeigte sich eine Hypokaliämie (3,4 mmol/l) (Tab. 80), in den Tagen vor Entlassung war der Kaliumspiegel unter 40 mmol Kaliumchlorid täglich unauffällig gewesen.

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde zur selbst gewählten Weiterbehandlung in eine Psychosomatische Klinik entlassen.

6.2.21 Patientin 21

6.2.21.1 Aufnahme Patientin 21

Anlass der Aufnahme

Patientin 21 wurde mit einem vital gefährdenden anorektischen Syndrom, das ambulant nicht ausreichend behandelbar war, in der Psychiatrische Klinik der LMU aufgenommen.

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Die Patientin willigte freiwillig in die Aufnahme auf der geschlossenen Station der Psychiatrischen Klinik der LMU ein (Abb. 119).

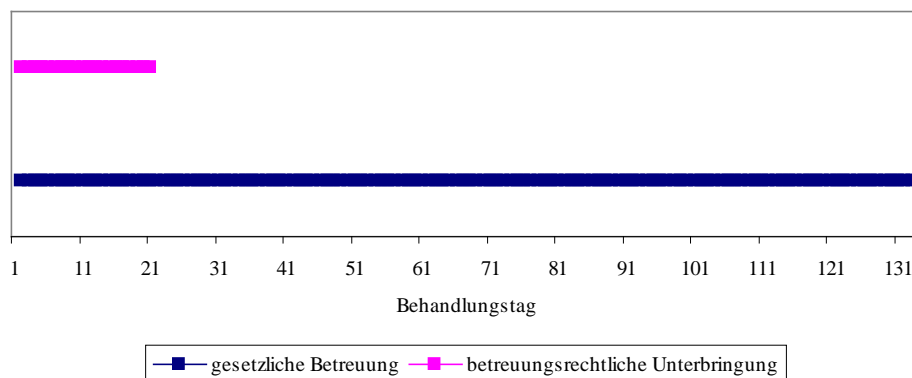


Abb. 119 Rechtsgrundlage der Behandlung Patientin 21

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Die Patientin war bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert. Konzentration und Auffassung waren vermindert. Im formalen Denken war sie auf die Essstörung eingeeengt. Es ergaben sich keine Hinweise für inhaltliche Denkstörungen oder psychotisches Erleben. Im Kontakt war die Patientin freundlich zugewandt, die Stimmung war euthym. Suizidalität bestand nicht. Die Patientin zeigte sich krankheitseinsichtig und behandlungsbereit.

Somatischer Aufnahmebefund

Die 20-jährige Patientin war 1,49 m groß und wog 22,60 kg. Der BMI betrug 10,18 kg/m².

Die Herzfrequenz lag bei 70 Schlägen/min, der Blutdruck RR 85/55 mmHg.

Das EKG zeigte eine Sinusbradykardie (51 Schläge/min) mit kurzem PR (96 ms), das EEG war unauffällig.

Im Labor zeigte sich eine Leukopenie (4,04/nl) und eine Anämie (Erythrozyten 3,76/pl).

Zuverlegung

Patientin 21 wurde von ihrem behandelnden Nervenarzt in die Psychiatrische Klinik der LMU eingewiesen.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Im 12. Lebensjahr habe die Patientin begonnen, weniger zu essen. Damals habe sie 36 kg gewogen und sei von ihren Mitschülerinnen als „Pummelchen“ gehänselt worden. Auch die Schulärztin habe ihr geraten abzunehmen. Zu diesem Zeitpunkt sei sie auch auf das Gymnasium gewechselt und die Mädchen in der neuen Klasse hätten sie abgelehnt. Diese seien sehr schlank und figurbewusst gewesen. zwei stationäre Behandlungen habe sie aus Angst, in der Schule zurückzufallen, frühzeitig abgebrochen. Nach einer abgebrochenen Ausbildung zur Patentanwaltsgehilfin habe sie sich in einer psychosomatischen Klinik angemeldet, habe aber das geforderte Mindestgewicht für die Aufnahme nicht erfüllen können. Sie habe nochmals vier Kilogramm abgenommen, weswegen die aktuelle Einweisung erfolgt sei.

Biographische Anamnese

Patientin 21 war 20 Jahre alt und wurde als jüngeres von zwei Kindern eines Offsetdruckers und einer Hausfrau geboren. Sie sei ein erwünschtes Kind gewesen. Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung seien unauffällig gewesen. Nach dem Besuch des Kindergartens sei sie regelrecht eingeschult worden und sei nach der 4. Klasse auf das Gymnasium gewechselt, welches sie vor fünf Monaten mit dem Abitur abgeschlossen habe. Eine anschließend begonnene Ausbildung zur Patentanwaltsgehilfin habe sie nach zwei Wochen abgebrochen, da sie diese nicht durchgehalten habe.

Sexualanamnese

Sexuelle Gewalt habe die Patientin nie erlebt.

Psychiatrische Familienanamnese

Der Großvater mütterlicherseits habe sich wahrscheinlich suizidiert, nachdem es immer wieder zu größeren Streitereien mit seiner Frau gekommen sei.

Somatische Anamnese

Es sind keine somatischen Vorerkrankungen bekannt. Ihre Menarche habe sie im Alter von 13 Jahren gehabt, in Folge ihrer Erkrankung sei es vor circa sechs Jahren zum Ausbleiben der Menstruation gekommen.

Vorbehandlungen

Im Zusammenhang mit ihrer Essstörung war die Patientin bisher zweimal in einer Psychosomatischen Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Eine ambulante Therapie habe nicht stattgefunden.

6.2.21.2 Behandlung und Verlauf Patientin 21

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Nachdem die Patientin zunächst freiwillig auf der Station verblieb, zeigte sie sich am Tag nach der Aufnahme einer Therapie gegenüber ambivalent und war nicht in der Lage notwendigen therapeutischen Maßnahmen freiwillig zuzustimmen. Aus diesem Grund wurde beim Vormundschaftsgericht ein Eilantrag auf Einrichtung einer rechtlichen Betreuung sowie auf betreuungsrechtliche Unterbringung gestellt. Nach 20 Tagen stimmte die Patientin freiwillig der Therapie und dem Verbleib auf der Station zu und der Unterbringungsbeschluss wurde aufgehoben (Abb. 119).

Therapiedauer

Patientin 21 wurde 132 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Nach anfänglicher Gewichtsstagnation konnte die Patientin mit unterstützender Gabe von Sondenkost kontinuierlich zunehmen. Nach dem Absetzen der Sondenkost kam es zu einer leichten Gewichtsabnahme (Abb. 120).

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg während der Behandlung von 10,18 kg/m² auf 15,31 kg/m² bei der Entlassung (Abb. 62).

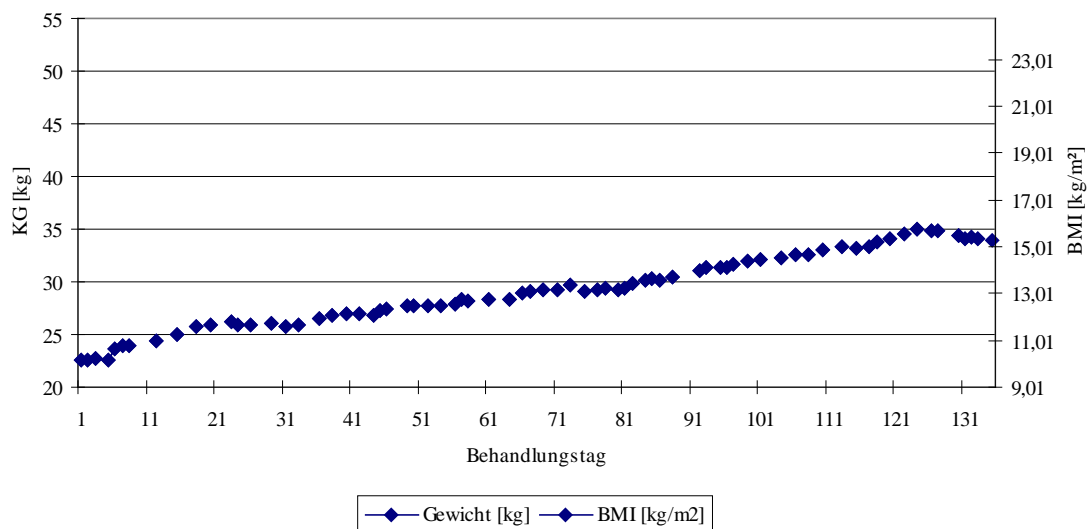


Abb. 120 Gewichtsentwicklung Patientin 21

Ärztliche Behandlung

Für die Patientin wurde ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin stellte die Ziele des Therapieplans immer wieder in Frage und versuchte Sonderkonditionen auszuhandeln. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil und im Verlauf begann die Patientin ihre Gefühle zu verbalisieren und in den psychotherapeutischen Prozess einzubringen. Die Therapiemotivation besserte sich deutlich. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung und Art und Menge der Sondenkost fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an.

Pflegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und die Sondenkost und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Das Zimmer der Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht.

Ernährung

Der Anlage einer PEG-Sonde stimmte die Patientin freiwillig zu. Die täglich durch Sondenkost (Fresubin original fibre® 500 kcal/500 ml und Fresubin ergery fibre® 750 kcal/500 ml) zugeführte Kalorienmenge lag zwischen 400 und 1500 kcal (Abb. 121), wobei die Patientin die Sondenkost auch trank. Die PEG-Sonde lag 126 Tage. Während dieser Zeit nahm die Patientin 11,75 kg auf 34,40 kg (BMI 15,49 kg/m²) zu. Manipulationen an dem SONDENSYSTEM wurden nicht beobachtet.

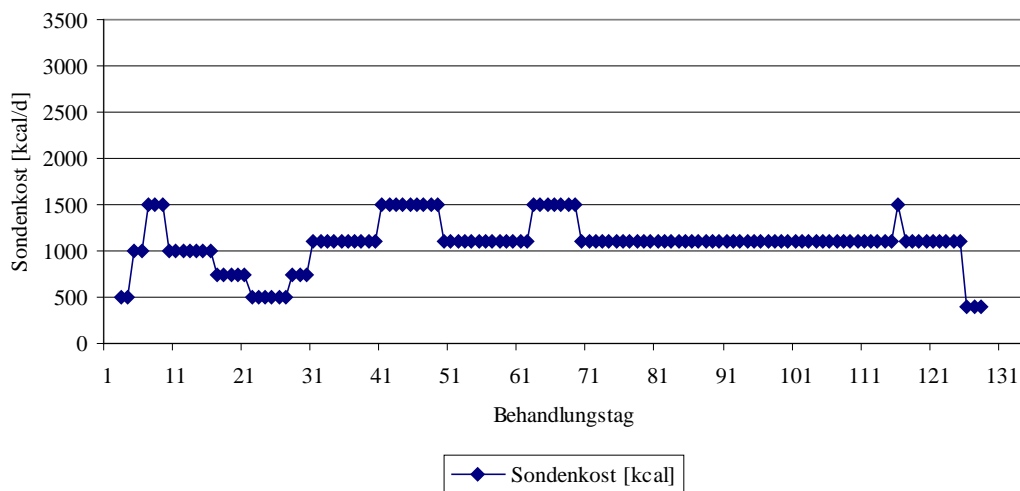


Abb. 121 Sondenkost Patientin 21

Medikamentöse Behandlung

Eine leichte Hypokaliämie (3,3 mmol/l) wurde mit einer Substitutionstherapie mit Kalinor Brause 40 mmol/Tag über vier Wochen behandelt. Unter der Therapie waren die Serumkaliumwerte im Normbereich.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

Ein durchgeführtes kraniales MRT zeigte einen unauffälligen Befund

HAWIE-R

Bei Patientin 21 wurde zweimal ein HAWIE-R durchgeführt. Am 9. Behandlungstag bei einem Gewicht von 24,40 kg (BMI 10,99 kg/m²) und am 121. Behandlungstag bei einem Gewicht von 35,00 kg (BMI 15,77 kg/m²). Dabei verbesserte sich die Patientin im Gesamt-IQ von 110 auf 120, im Verbalteil von 106 auf 108 und im Handlungsteil von 111 auf 130.

6.2.21.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 21

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die während der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU eingerichtete rechtliche Betreuung blieb über den Entlassungszeitpunkt hinaus bestehen (Abb. 119).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Bei Entlassung zeigte sich die Patientin allseits orientiert. Konzentration, Auffassung, Affekt, formales und inhaltliches Denken waren unauffällig. Es gab keinen Hinweis für psychotisches Erleben oder Ich-Störungen. Suizidalität bestand nicht. Die Patientin schien für

weiterführende stationäre psychotherapeutische Behandlung ausreichend motiviert und krankheitseinsichtig.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde nach 132 Tagen mit einer Gewichtssteigerung um 11,40kg auf 34,00 kg (BMI 15,31 kg/m²) entlassen.

Die Herzfrequenz lag bei 80 Schlägen/min, der Blutdruck RR 80/60 mmHg.

Das EKG war unauffällig, auf die Ableitung eines EEGs wurde verzichtet.

Das Labor war unauffällig.

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde zur selbst gewählten Weiterbehandlung in eine Psychosomatische Klinik entlassen.

6.2.22 Patientin 22

6.2.22.1 Aufnahme Patientin 22

Anlass der Aufnahme

Patientin 22 wurde mit einem vital gefährdenden anorektischen Syndrom aus einer Psychosomatischen Klinik, in der sie sich nicht an die Absprachen halten konnte und weiter an Gewichtabnahme, in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt.

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Die minderjährige Patientin und ihre Eltern willigten freiwillig in den Verbleib und die Behandlung auf der geschlossenen Station der Psychiatrischen Klinik der LMU ein (Abb. 122).

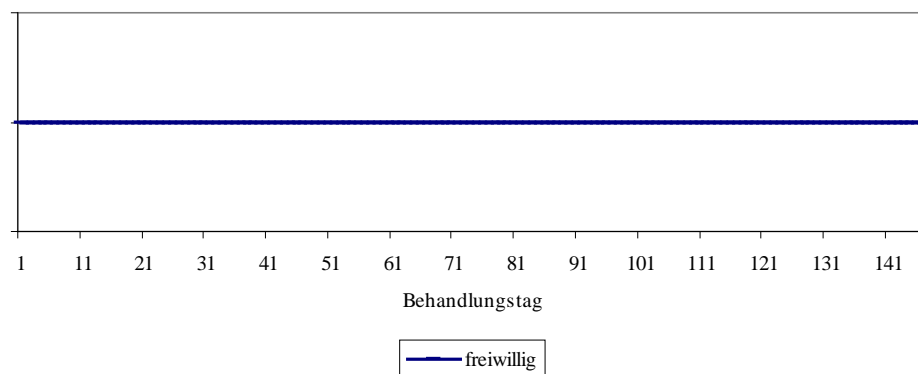


Abb. 122 Rechtsgrundlage der Behandlung Patientin 22

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Die Patientin war wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert, im Kontakt freundlich, aber leicht ängstlich und misstrauisch wirkend. Im formalen Gedankengang verlangsamt. Inhaltlich war sie sehr eingeengt auf die Themen Körpergewicht, Aussehen, Nahrungszufuhr und Ballett. Anhalte für inhaltliche Denkstörungen oder Ich-Störungen fanden sich nicht. Im Affekt erschien die Patientin niedergedrückt. Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft waren nur bedingt vorhanden. Suizidalität bestand nicht.

Somatischer Aufnahmebefund

Die 17-jährige Patientin war 1,64 m groß und wog 35,15 kg. Der daraus errechnete BMI betrug 13,07 kg/m².

Die Herzfrequenz lag bei 43 Schlägen/min, der Blutdruck RR 120/65 mmHg.

Das EKG zeigte eine junktionale Bradykardie (37 Schläge/min), das EEG war unauffällig.

Im Labor zeigte sich eine Anämie (Erythrozyten 4,05/pl).

Zuverlegung

Patientin 22 wurde aus einer Psychosomatischen Klinik zuverlegt.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Die Patientin sei seit ihrem 13. Lebensjahr an Anorexie erkrankt. Sie habe sich damals stark durch das Schönheitsideal in der Werbung beeinflussen lassen und begonnen abzunehmen. Nach einiger Zeit habe sich die Motivation geändert. Es sei nun darum gegangen Aufmerksamkeit zu erregen und im Mittelpunkt zu stehen. Auch für ihr wichtigstes Hobby, das Ballett, sei es wichtig gewesen, dünn zu sein. In den letzten Jahren habe sie im Rahmen ambulanter Therapien mit mehreren Psychotherapeuten Kontakt gehabt, die Therapien aber immer wieder abgebrochen, da sie zu keinem Therapeuten eine Beziehung habe entwickeln können. Als ihre Eltern letzten Sommer gedroht hätten, ihr das Ballett zu verbieten, habe sie kurzzeitig auf 41 kg (BMI 15,24 kg/m²) zugenommen. Nachdem sie im Herbst die Aufnahmeprüfung zum Ballettstudium an einer Ballettstiftung bestanden habe, habe sich ihr körperlicher und geistiger Zustand drastisch verschlechtert. Sie habe auf 39 kg (BMI 14,50 kg/m²) abgenommen und es hätten sich Zeichen einer depressiven Episode mit Zwangshandlungen gezeigt. Sie habe das Tanzstudium abbrechen müssen und eine stationäre Therapie in einer psychosomatischen Klinik begonnen. Dort habe sie anfangs an Gewicht zunehmen können, dann jedoch wieder abgenommen. Da die Patientin sich nicht an Therapievereinbarungen hielt und eine Stabilisierung in der Psychosomatischen Klinik für unwahrscheinlich gehalten wurde, wurde die Patientin in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt.

Biographische Anamnese

Patientin 22 war 17 Jahre alt und wurde als älteres von zwei Kindern eines Fachanwalts und einer Projektmanagerin geboren. Sie sei ein erwünschtes Kind gewesen. Sie sei eine Zwillingschwangerschaft gewesen. Während des zweiten Schwangerschaftsmonats sei es durch einen Plazentarinfarkt zum Verlust des zweiten Fötus gekommen. Geburt und frühkindliche Entwicklung seien unauffällig gewesen. Nach dem Kindergarten sei sie regelrecht eingeschult worden und sei nach der 4. Klasse auf das Gymnasium gewechselt. Dieses habe sie nach der 10. Klasse beendet, um ein Tanzstudium bei einer Stiftung zu beginnen. Dieses habe sie jedoch krankheitsbedingt nach drei Wochen abbrechen müssen.

Sexualanamnese

Erste sexuelle Erfahrungen habe sie mit 15 gehabt, sexuelle Gewalt habe sie nie erfahren.

Psychiatrische Familienanamnese

Es liegen keine bekannten psychiatrischen Erkrankungen vor.

Somatische Anamnese

Es sind keine somatischen Vorerkrankungen bekannt. Ihre Menarche habe sie im Alter von 14 Jahren bekommen, in Folge ihrer Erkrankung sei es vor circa zwei Jahren zum Ausbleiben der Menstruation gekommen.

Vorbehandlungen

Im Zusammenhang mit ihrer Essstörung war die Patientin bisher einmal in einer Psychosomatischen Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Mehrere ambulante Therapieversuche habe die Patientin nach kurzer Zeit abgebrochen, ohne dass es zu einer Verbesserung ihres Zustandes gekommen sei.

6.2.22.2 Behandlung und Verlauf

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Die minderjährige Patientin und ihre Eltern willigten freiwillig in den Verbleib und die Behandlung auf der geschlossenen Station der Psychiatrischen Klinik der LMU ein (Abb. 122).

Therapiedauer

Patientin 22 wurde 145 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Nach Anlage einer PEG-Sonde nahm die Patientin stetig an Gewicht zu. Ein erster Versuch, die Sondenkost zu reduzieren scheiterte, da die Patientin nicht in der Lage war, ihr Gewicht selbständig weiter zu steigern. Auch ein zweiter Versuch war nicht erfolgreich. Obwohl es der Patientin nicht möglich war, ihr Gewicht ohne die Gabe hochkalorischer Sondenkost durch selbständiges Essen zu halten, wurde die Patientin auf Wunsch der Eltern und gegen ärztlichen Rat entlassen (Abb. 123).

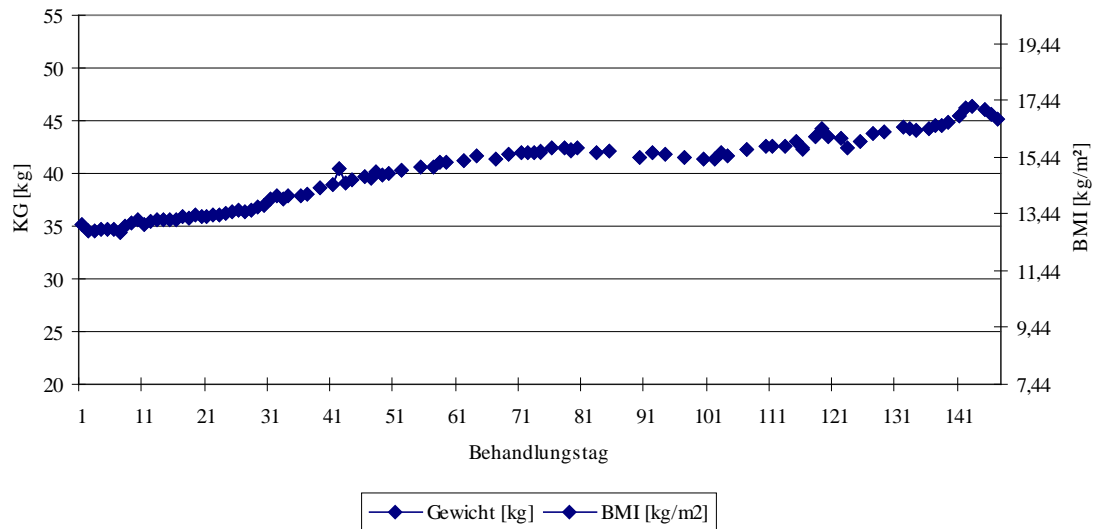


Abb. 65 Gewichtsentwicklung Patientin 123

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg während der Behandlung von 13,07 kg/m² auf 16,77 kg/m² bei der Entlassung (Abb. 123).

Ärztliche Behandlung

Für die Patientin wurde ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil. In den therapeutischen Gesprächen konnte sich die Patientin nur schwer auf konfliktorientierte Gespräche einlassen. Obwohl es während der Behandlung zu einer Besserung kam, gelang es der Patientin bis zum Schluss nicht, ritualisierte Bewegungen, v.a. isometrische Muskelkontraktionen, zu unterlassen. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung und Art und Menge der Sondenkost fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an. Obwohl es ihr nicht möglich war, ihr Gewicht ohne die Gabe hochkalorischer Sondenkost durch selbständiges Essen zu halten, wurde die Patientin auf Wunsch der Eltern und gegen ärztlichen Rat entlassen.

Pflegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und die Sondenkost und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Da es wiederholt zu Manipulationen an der Sondenanlage kam, musste die Patientin teilweise intensiv überwacht werden. Das Zimmer der Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht.

Ernährung

Die Patientin wurde mit liegender Nasensonde aus einer psychosomatischen Klinik in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt. Mit Einwilligung der Patientin und der Eltern wurde am 2. Behandlungstag eine PEG-Sonde gelegt. Während des Eingriffes wurde eine junktionale Bradykardie (37 Schläge/min) beobachtet und die Patientin verblieb eine Nacht auf der internistischen Überwachungsstation. Die täglich durch Sondenkost (Fresubin energy fibre® 750 kcal/500 ml) zugeführte Kalorienmenge lag zwischen 750 und 3000 kcal (Abb. 124), wobei die Patientin die Sondenkost auch trank. Die PEG-Sonde lag 144 Tage. In diesem Zeitraum nahm die Patientin 10,05 kg auf 45,60 kg (BMI 16,95 kg/m²) zu. Im Verlauf manipulierte die Patientin wiederholt an den Sondenbeuteln, so dass eine intensive Überwachung notwendig war.

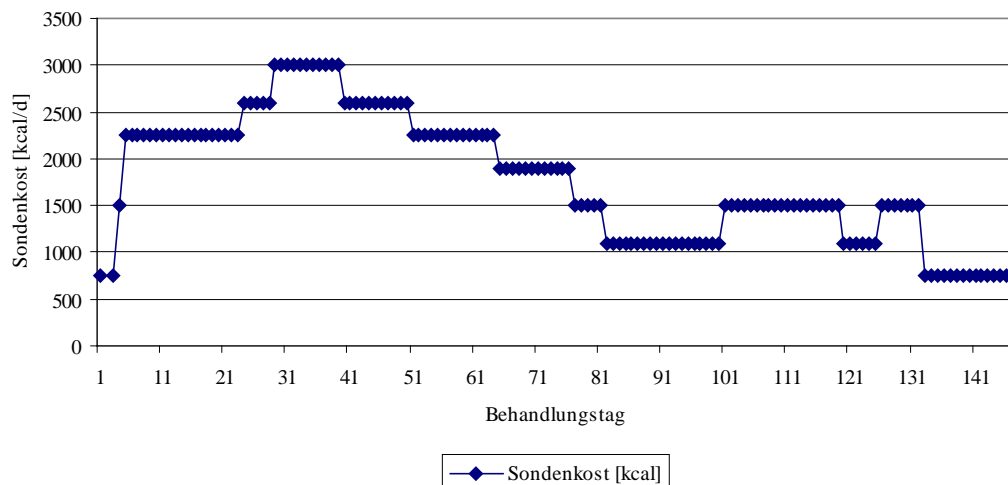


Abb. 124 Sondenkost Patientin 22

Medikamentöse Behandlung

Da die Patientin gedanklich sehr auf ihre Essstörung eingeengt war wurde ab dem 29. Behandlungstag Olanzapin 2,5 – 10 mg/Tag gegeben, wodurch es zur Besserung dieser Symptomatik kam.

Eine depressive Symptomatik wurde ab dem 3. Behandlungstag medikamentös mit Mirtazapin 15 – 45 mg/Tag behandelt.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

Ein durchgeführtes kraniales MRT zeigte einen unauffälligen Befund

HAWIE-R

Bei Patientin 22 wurde ein HAWIE-R durchgeführt. Am 8. Behandlungstag bei einem Gewicht von 35,3 kg (BMI 13,12 kg/m²) erreichte die Patientin im Gesamtteil einen IQ von 114, im Verbal Teil 114 und im Handlungsteil 110.

6.2.22.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 22

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die minderjährige Patientin wurde in die elterliche Fürsorge entlassen (Abb. 122).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Bei der Entlassung war die Patientin allseits orientiert. Konzentration, Aufmerksam, Affekt, formales und inhaltliches Denken waren unauffällig. Es bestand weiterhin eine Zwangssymptomatik, v. a. in Form von ritualisierten Bewegungen und isotonischen Muskelübungen. Zu den psychischen Ursachen der Essstörungen konnte in therapeutischen Gesprächen noch nicht vorgedrungen werden, da die Patientin stark rationalisierte und verdrängte. Therapiemotivation war bedingt vorhanden.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde nach 145 Tagen mit einer Gewichtssteigerung um 8,94 kg auf 45,10 kg (BMI 16,77 kg/m²) entlassen.

Die Herzfrequenz lag bei 76 Schlägen/min, der Blutdruck RR 105/60 mmHg.

Das EKG war unauffällig, auf die Ableitung eines EEGs wurde verzichtet.

Das Labor war unauffällig.

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik verlegt.

6.2.23 Patientin 23

6.2.23.1 Aufnahme Patientin 23

Anlass der Aufnahme

Patientin 23 wurde mit einem vital gefährdenden anorektischen Syndrom aus einer Psychosomatischen Klinik, in der keine Gewichtszunahme erreicht werden konnte, in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt.

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Bei der Patientin bestand zum Aufnahmezeitpunkt eine rechtliche Betreuung. In die Behandlung und den Verbleib auf der geschlossenen psychiatrischen Station willigte sie freiwillig ein (Abb. 125).

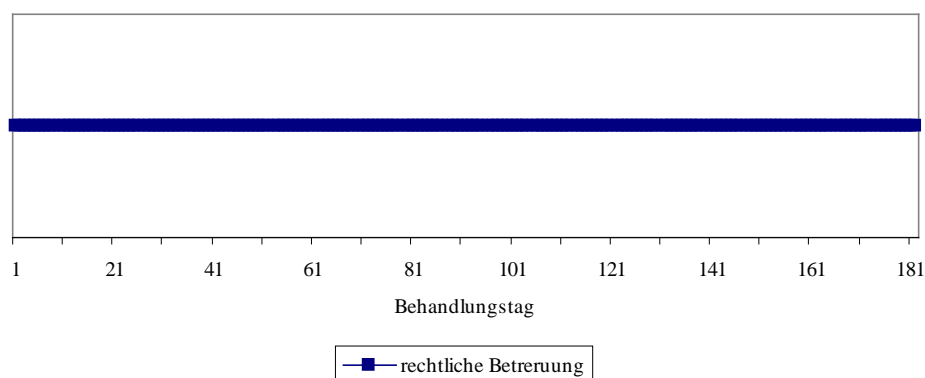


Abb. 125 Rechtsgrundlage der Behandlung Patientin 23

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Die Patientin war zu Ort, Zeit und Person orientiert. Im formalen Denken bestand eine leichte Gehemmtheit sowie starke Einengung auf das Thema Gewichtszunahme und den damit verbundenen Ängsten. Optische sowie akustische Halluzinationen bestanden nicht. Als Ich-Störung war eine schwere Körperschemastörung in Bezug auf das eigene Körperbild zu eruieren. Die Patientin zeigte sich ausgeprägt affektarm und deprimiert, mit starkem Insuffizienzerleben. Im Antrieb war sie deutlich gehemmt. In den letzten Monaten vor Aufnahme bestand ein massiver sozialer Rückzug mit Fokussierung auf das tägliche Essverhalten. Es bestand weder Krankheitseinsicht noch Krankheitsgefühl. Es fand sich kein Anhalt für akute oder latente Suizidalität.

Somatischer Aufnahmebefund

Die 21-jährige Patientin war 1,70 m groß und wog 32,40 kg. Der daraus errechnete BMI betrug 11,21 kg/m².

Die Herzfrequenz lag bei 64 Schlägen/min, der Blutdruck bei 110/70 mmHg.

Das EKG zeigte einen normalen Sinusrhythmus mit Sinusarrhythmie (61 Schläge/min), das EEG war unauffällig

Im Labor zeigte sich eine Anämie (Erythrozyten 3,62/pl, Hb 9,9 g/dl, Hk 31,1 %).

Zuverlegung

Patientin 23 wurde aus einer Psychosomatischen Klinik zuverlegt.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Die Patientin berichtete, seit 7 Jahren an einer Anorexie zu leiden. Durch restriktives Essverhalten habe sie damals auf 34 kg abgenommen. Mit Hilfe einer ambulanten Therapie zwischen dem 16. und 17. Lebensjahres habe sie wieder auf 48 kg (BMI 16,61 kg/m²) zunehmen können. Es seien noch eine ambulante Therapie und 2 stationäre Therapien erfolgt, bevor sie vor einem halben Jahr mit einem Gewicht von 26 kg (BMI 9,00 kg/m²) in einer internistischen Klinik habe behandelt werden müssen. Damals sei auch eine rechtliche Betreuung eingerichtet worden. Zuletzt sei sie stationär in einer psychosomatischen Klinik behandelt worden. Dort habe sie aber nicht an Gewicht zunehmen können und sei auf freiwilliger Basis in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt worden.

Biographische Anamnese

Patientin 23 war 21 Jahre alt und wurde als ältestes von drei Kindern eines Diplom Kaufmanns und einer Hausfrau geboren. Sie sei ein erwünschtes Kind gewesen. Schwangerschaft und frühkindliche Entwicklung seien unauffällig gewesen. Die Geburt sei per Kaiserschnitt erfolgt. Nach dreijährigem Besuch des Kindergartens sei sie regelrecht eingeschult worden und habe nach der 4. Klasse auf das Gymnasium gewechselt. Dieses habe sie letztes Jahr mit dem Abitur abgeschlossen. Mit Lehrern und Mitschülern sei sie immer gut zurechtgekommen, zuletzt habe sie sich aber von allen distanziert. Sie strebe ein Geschichtsstudium an und ihre Eltern hätten am Studienort bereits eine Wohnung für sie gekauft.

Sexualanamnese

Sie habe bisher kaum sexuelle Bedürfnisse gehabt, da sie sich für sich und ihren Körper schäme und nicht akzeptieren könne. Sexuelle Erfahrungen habe sie aus diesem Grund noch nicht gemacht, sexuelle Gewalt nie erlebt.

Psychiatrische Familienanamnese

Es liegen keine bekannten psychiatrischen Erkrankungen vor.

Somatische Anamnese

Es sind keine somatischen Vorerkrankungen bekannt. Ihre Menarche habe sie im Alter von 15 Jahren durch Hormontabletten bekommen, in Folge ihrer Erkrankung sei es vor circa zwei Jahren zum Ausbleiben der Menstruation gekommen.

Vorbehandlungen

Im Zusammenhang mit ihrer Essstörung war die Patientin bisher dreimal in einer Psychosomatischen Klinik und einmal in einer Medizinischen Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Zwei ambulante Therapien hätten keinen Behandlungserfolg erzielt.

6.2.23.2 Behandlung und Verlauf Patientin 23

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Bei der Patientin bestand eine rechtliche Betreuung. In die Behandlung und den Verbleib auf der geschlossenen psychiatrischen Station willigte sie freiwillig ein (Abb. 125).

Therapiedauer

Patientin 23 wurde 182 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Die Patientin konnte mit unterstützender Sondenkostgabe stetig an Gewicht zunehmen. Bei dem ersten Versuch, die Sondenkost auszuschleichen, kam es zu einer erneuten Gewichtsabnahme, so dass wieder aufdosiert wurde. Nach Absetzen der Sondenkost konnte die Patientin ihr Gewicht nicht selbständig halten, wurde aber, da keine vitale Gefährdung mehr bestand, planmäßig in die Anschlussbehandlung entlassen (Abb. 126).

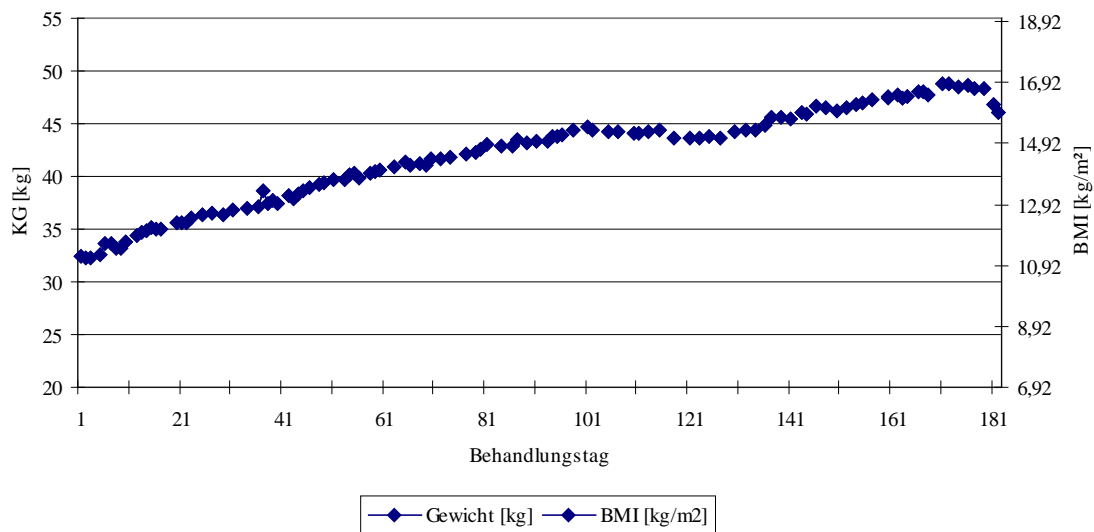


Abb.126 Gewichtsentwicklung Patientin 23

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg während der Behandlung von 11,21 kg/m² auf 16,19 kg/m² bei der Entlassung (Abb. 126).

Ärztliche Behandlung

Für die Patientin wurde ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil und im Verlauf besserte sich die Therapiemotivation deutlich. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung und Art und Menge der Sondenkost fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an.

Pflegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und die Sondenkost und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Das Zimmer der Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht.

Ernährung

Die Patientin wurde nach sechswöchigen vergeblichen Bemühungen in einer psychosomatischen Klinik durch selbständiges Essen Gewicht zuzunehmen in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt. Mit ihrem Einverständnis wurde am 2. Behandlungstag (KG 32,20 kg, BMI 11,14 kg/m²) eine PEG mit Duodenalsonde angelegt.

Die täglich durch Sondenkost (Fresubin energy fibre® 750 kcal/500 ml) zugeführte Kalorienmenge lag zwischen 380 und 2250 kcal (Abb. 127), wobei die Patientin die Sondenkost auch trank. Die PEG-Sonde lag 179 Tage, in denen die Patientin ihr Gewicht um 14,60 kg auf 46,80 kg (BMI 16,19 kg/m²) steigerte.

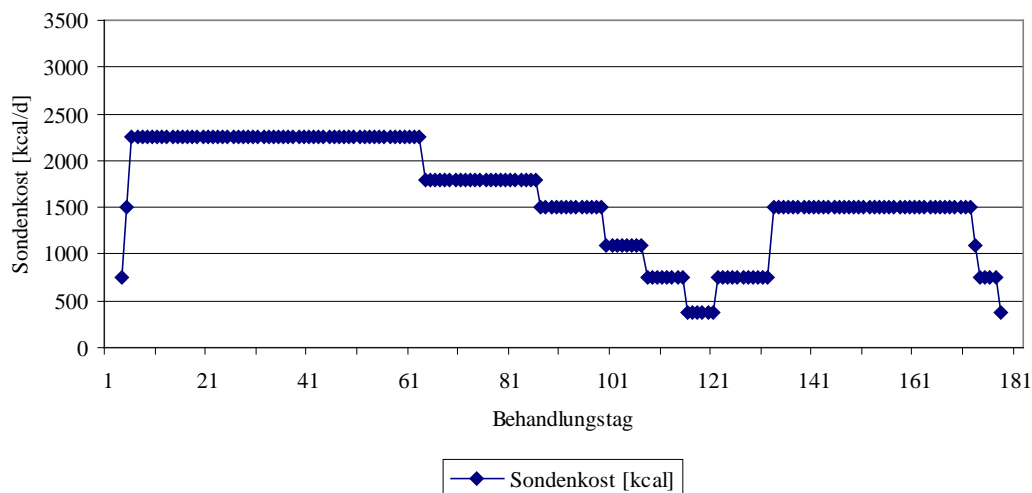


Abb. 127 Sondenkost Patientin 23

Medikamentöse Behandlung

Ein begleitendes depressives Syndrom wurde ab dem 10. Behandlungstag medikamentös mit Mirtazapin 15 – 45 mg/Tag behandelt.

Die bestehende Eisenmangelanämie wurde mit Eisen(II)-sulfat (entsprechen 100 mg Fe²⁺) 2 Tabletten/Tag behandelt.

Auf Grund eines Östrogenmangelsyndroms mit ausgeprägter Osteoporose (LWS T-Wert -3,64, Z-Wert -3,40; Schenkelhals T-Wert -3,99, Z-Wert -3,99) wurde eine Hormonsubstitution mit Valette® begonnen.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

Ein kraniales MRT wurde nicht durchgeführt.

HAWIE-R

Bei Patientin 23 wurde ein HAWIE-R durchgeführt. Am 23. Behandlungstag bei einem Gewicht von 36,10 kg (BMI 12,49 kg/m²) errichte die Patientin im Gesamtteil einen IQ von 121, im Verbal Teil 113 und im Handlungsteil 127.

6.2.23.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 23

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die bereits vor Aufnahme bestehende rechtliche Betreuung blieb über den Entlassungszeitpunkt hinaus bestehen (Abb. 125).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Bei Entlassung zeigte sich die Patientin allseits orientiert. Konzentration, Auffassung, formales und inhaltliches Denken waren unauffällig. Im Affekt war sie etwas ängstlich, in wie weit es ihr möglich sein werde, ihr Gewicht weiter zu steigern. Es fanden sich keine Hinweise für psychotisches Erlebe oder Ich-Störungen. Die Patientin war therapiemotiviert.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde nach 182 Tagen mit einer Gewichtssteigerung um 14,40 kg auf 46,80 kg (BMI 16,19 kg/m²) entlassen.

Die Herzfrequenz lag bei 103 Schlägen/min, der Blutdruck RR 125/60 mmHg.

Das EKG war unauffällig, auf die Ableitung eines EEGs wurde verzichtet.

Im Labor zeigte sich eine Leukopenie (3,31/nl).

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde zur selbst gewählten Weiterbehandlung in eine Psychosomatische Klinik entlassen.

6.2.24 Patientin 24

6.2.24.1 Aufnahme Patientin 24

Anlass der Aufnahme

Patientin 24 wurde mit einem vital gefährdenden anorektischen Syndrom und selbstgefährdenden Verhalten aus einer Psychosomatischen Klinik in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt.

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Die minderjährige Patientin kam freiwillig auf die Station. Die Erlaubnis zur Behandlung unter geschlossen-stationären Bedingungen wurde vom Vormundschaftsgericht erteilt (Abb. 128).

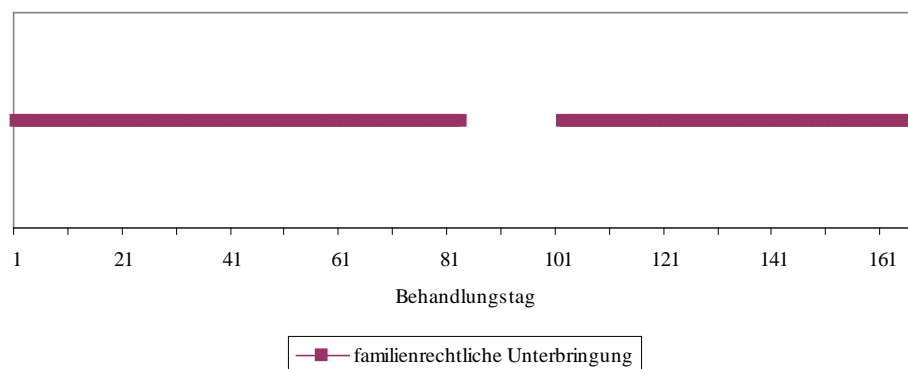


Abb. 128 Rechtsgrundlage der Behandlung Patientin 70

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Die ausgesprochen ordentlich und gepflegt wirkende Patientin kam in Begleitung ihrer Mutter zur Aufnahme. Sie war dabei wach und zu allen Qualitäten voll orientiert. Konzentrations- und Auffassungsfähigkeit zeigten geringgradig Einschränkungen. Merkfähigkeit und Gedächtnis stellten sich unauffällig dar. Das formale Denken zeigte eine leichtgradige Verlangsamung sowie eine Einengung auf die Krankheitsproblematik. Für wahnhaftes Erleben, Wahrnehmungsstörungen oder Ich-Störungen lag kein Anhalt vor. Affektiv wirkte die Patientin ausgeprägt ratlos und verzweifelt, die Affektlage war niedergestimmt, die Schwingungsfähigkeit jedoch in adäquatem Umfang vorhanden. Von Suizidalität war sie klar und sicher distanziert.

Somatischer Aufnahmebefund

Die 16-jährige Patientin war 1,70 m groß und wog 43,05 kg. Der daraus errechnete BMI betrug 14,90 kg/m².

Die Herzfrequenz lag bei 68 Schlägen/min, der Blutdruck RR 90/60 mmHg.

Das EKG zeigte eine Sinusbradykardie mit gelegentlich vorzeitigen Vorhofkomplexen (Herzfrequenz 48 Schläge/min), das EEG war unauffällig.

Das Labor war unauffällig.

Zuverlegung

Patientin 24 wurde aus einer Psychosomatischen Klinik zuverlegt.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Die Patientin leide seit drei Jahren an einer Anorexia nervosa. Damals habe sie durch „Diäten“ versucht, sich gesünder zu ernähren. Bei anhaltendem Gewichtsverlust hätten die Eltern vergebens versucht, „durch Zwang zum Essen“ diesem entgegenzuwirken. Vor einem halben Jahr sei es zur ersten von zwei stationären Aufenthalten in Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin gekommen, während derer sie auch intermittierend über eine Nasensonde ernährt worden sei. Zuletzt sei sie in einer psychosomatischen Klinik gewesen. Auch dort sei sie zusätzlich über eine Nasensonde ernährt worden. Sie sei mit der Situation überfordert gewesen, habe begonnen, sich an Handgelenken und Unterarmen zu Ritzen, weswegen eine Verlegung in die Psychiatrische Klinik der LMU erfolgt sei.

Biographische Anamnese

Patientin 24 war 16 Jahre alt und wurde als einziges Kind eines Energieelektronikers und einer Altenpflegerin geboren. Sie sei ein erwünschtes Kind gewesen. Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung seien unauffällig gewesen. Nach einem dreijährigen Kindergartenbesuch sei sie regelrecht eingeschult worden und habe nach der 4. Klasse zwei Jahre die Hauptschule besucht, bevor sie auf die Realschule gewechselt sei, welche sie zurzeit noch besuche.

Sexualanamnese

Sexuelle Erfahrungen habe sie noch keine gemacht, sexuelle Gewalt nie erlebt.

Psychiatrische Familienanamnese

Es liegen keine bekannten psychiatrischen Erkrankungen vor.

Somatische Anamnese

Es sind keine somatischen Vorerkrankungen bekannt. Ihre Menarche habe sie im Alter von 13 Jahren gehabt, in Folge ihrer Erkrankung sei es vor circa 1,5 Jahren zum Ausbleiben der Menstruation gekommen.

Vorbehandlungen

Im Zusammenhang mit ihrer Essstörung war die Patientin bisher einmal in einer Psychosomatischen Klinik und zweimal in einer Medizinischen Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Eine ambulante Therapie habe nicht stattgefunden.

6.2.24.2 Behandlung und Verlauf Patientin 24

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Die minderjährige Patientin kam freiwillig auf die Station. Die Erlaubnis zur Behandlung unter geschlossen-stationären Bedingungen wurde vom Vormundschaftsgericht für insgesamt 82 Tage genehmigt. Da die Patientin sich behandlungsbereit gab wurde sie im Anschluss offen auf der Station geführt. Dies wurde von der Patientin jedoch dahingehend ausgenutzt, dass sie sich vor den Mahlzeiten von der Station entfernte und erst nach den Mahlzeiten zurückkehrte. Dadurch kam es zu einem erneuten Gewichtsverlust von zwei kg. Da die Mutter die weitere stationäre Therapie befürwortete und davon auszugehen war, dass die Patientin nicht in der Lage war, die Gefahr ihres Gesundheitszustandes einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln wurde die erneute Unterbringung auf der Station familienrichterlich genehmigt. Die Patientin blieb bis zu ihrer Entlassung untergebracht (Abb. 128).

Therapiedauer

Patientin 24 wurde 166 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Da die Patientin nicht in der Lage war, an Gewicht zuzunehmen, wurde eine PEG-Sonde gelegt. Dadurch gelang es eine stetige Gewichtszunahme zu erreichen. Ein erster Versuch, die Sondenkost abzusetzen scheiterte, da die Patientin nicht in der Lage war, ihr Gewicht durch Normalkost weiter zu steigern. Vor dem Hintergrund der Rückverlegung in die psychosomatische Klinik nahm die Patientin wieder leicht ab, konnte aber, da keine Eigengefährdung mehr bestand, verlegt werden (Abb. 129).

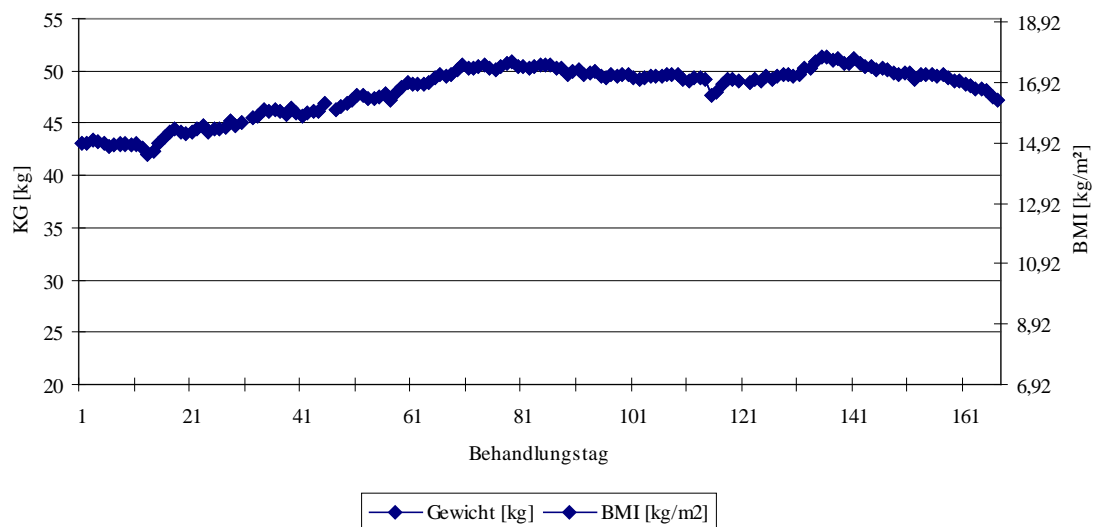


Abb. 129 Gewichtsentwicklung Patientin 24

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg während der Behandlung von 14,90 kg/m² auf 16,35 kg/m² bei der Entlassung (Abb. 129).

Ärztliche Behandlung

Für die Patientin wurde ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil und im Verlauf besserte sich die Therapiemotivation deutlich. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung und Art und Menge der Sondenkost fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an.

Pflegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und die Sondenkost und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Das Zimmer der Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht.

Ernährung

Da es durch selbständiges Essen zu keiner Gewichtszunahme kam, wurde am 11. Behandlungstag (KG 42,65 kg, BMI 14,76 kg/m²) eine PEG-Sonde gelegt. Die Sonde lag 150 Tage. In diesem Zeitraum nahm die Patientin 5,90 kg auf 48,55 kg (BMI 16,80 kg/m²) zu. Die tägliche Sondenkost (Fresubin original fibre® 500 kcal/500 ml, Fresubin energy fibre®

750 kcal/500 ml und Salvimulsin MCT® 800 kcal/500 ml) zugeführte Kalorienmenge lag zwischen 500 und 2250 kcal (Abb. 130), wobei die Patientin die Sondenkost auch trank. Anfangs manipulierte die Patientin an der Sonde, schüttete Sondennahrung weg oder verdünnte diese mit Wasser. Im weiteren Verlauf besserte sich die Behandlungsmotivation und die Sondennahrung konnte reduziert und schließlich die PEG entfernt werden.

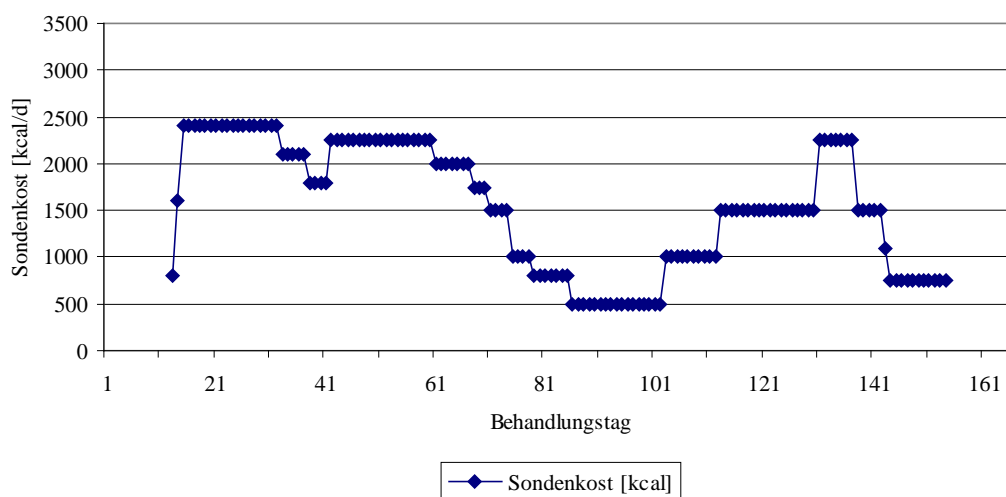


Abb. 130 Sondenkost Patientin 24

Medikamentöse Behandlung

Eine bestehende depressive Symptomatik wurde medikamentös mit Mirtazapin und Paroxetin behandelt. Zwischen dem 62. und 104 Behandlungstag Mirtazapin 15 – 30 mg/Tag, zwischen dem 105. – 130. Behandlungstag Paroxetin 20 – 40 mg/Tag, ab dem 131. Behandlungstag Mirtazapin 15 mg/Tag und Paroxetin 30 mg/Tag.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

Ein durchgeführtes kraniales MRT zeigte einen unauffälligen Befund

HAWIE-R

Bei Patientin 24 ein HAWIE-R durchgeführt. Am 17. Behandlungstag bei einem Gewicht von 44,40 kg (BMI 15,36 kg/m²) errichte die Patientin im Gesamtteil einen IQ von 99, im Verbal Teil 108 und im Handlungsteil 88.

6.2.24.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 24

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die minderjährige Patientin wurde in die elterliche Fürsorge entlassen (Abb. 128).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Bei Entlassung zeigte sich die Patientin allseits orientiert. Konzentration, Auffassung, formales und inhaltliches Denken waren unauffällig. Die Stimmung war wegen der bevorstehenden Rückverlegung in die Psychosomatische Klinik gut. Die Krankheitseinsicht war weiterhin nur mäßig vorhanden. Ein Gewicht von 50 kg sei nach Meinung der Patientin mehr als ausreichend.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde nach 166 Tagen mit einer Gewichtssteigerung um 4,20 kg auf 47,25 kg (BMI 16,35 kg/m²) entlassen.

Die Herzfrequenz lag bei 72 Schlägen/min, der Blutdruck RR 110/70 mmHg.

Auf die Ableitung eines EKGs und EEGs wurde verzichtet.

Das Labor war unauffällig.

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde zur selbst gewählten Weiterbehandlung in eine Psychosomatische Klinik entlassen.

6.2.25 Patientin 25

6.2.25.1 Aufnahme Patientin 25

Anlass der Aufnahme

Patientin 25 wurde mit einem vital gefährdenden anorektischen Syndrom aus einer Klinik in die Psychiatrische Klinik der LMU verlegt, nachdem es ihr in 3 Monaten nicht gelungen war, eine Gewichtssteigerung herbeizuführen und ihr Zustand als kritisch eingestuft wurde.

Rechtsgrundlage bei Aufnahme

Die Patientin willigte freiwillig in die Aufnahme auf der geschlossenen Station der Psychiatrischen Klinik der LMU ein (Abb. 131).

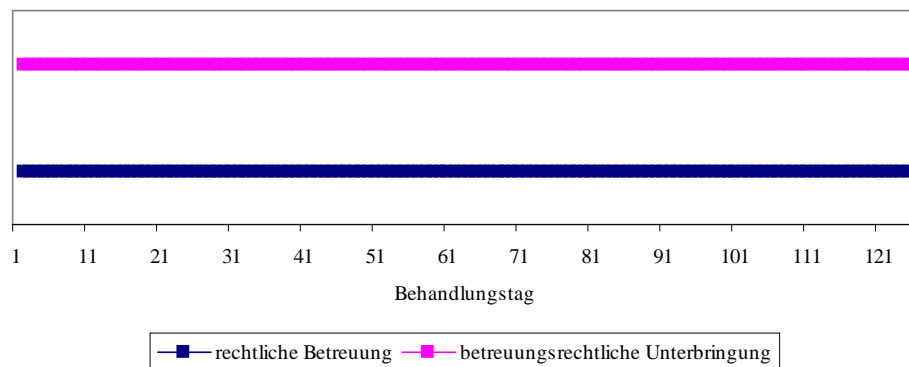


Abb. 131 Rechtsgrundlage der Behandlung Patientin 25

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Die Patientin war wach und orientiert, Auffassung und Konzentration vermindert. Im formalen Denken war sie weitschweifig, zerfahren, inhaltlich deutlich durch symptom-spezifische Ängste und Überforderung bei bereits deutlicher kognitiver Einengung geprägt. Wahn, Sinnestäuschungen oder eine Ich-Störung bestanden nicht. Es bestand eine schwerst ausgeprägte Körperschemastörung. Im Affekt zeigte sich die Patientin deutlich vermindert schwingungsfähig und vermindert auslenkbar mit Niedergeschlagenheit und Ängstlichkeit bei ausgeprägten Insuffizienzgefühlen, emotionaler Instabilität im Sinne eines schnellen Wechsels in ängstliches oder ärgerliches Verhalten. Psychomotorisch lag ein schwer ausgeprägter Bewegungsdrang vor. Introspektionsfähigkeit und Krankheitseinsicht waren durch die schwere der Erkrankung beeinträchtigt. Es bestanden passive Todeswünsche, aktive Suizidalität wurde glaubhaft verneint.

Somatischer Aufnahmebefund

Die 21-jährige Patientin war 1,71 m groß und wog 32,90 kg. Der daraus errechnete BMI betrug 11,25 kg/m².

Die Herzfrequenz lag bei 64 Schlägen/min, der Blutdruck RR 85/55 mmHg.

Das EKG zeigte eine Sinusbradykardie mit nichtspezifischen T-Wellen-Abnormitäten (Herzfrequenz 57 Schläge/min), das EEG war unauffällig.

Im Labor zeigte sich eine Leukopenie (3,92/nl).

Zuverlegung

Patientin 25 wurde aus einer Psychosomatischen Klinik zuverlegt.

Anamnese

Anamnese der Anorexia nervosa

Die Patientin leide seit 4 Jahren an einer Anorexie. Erstmals habe sie Weihnachten vor ihrem Abitur auf 42 kg (BMI 14,36 kg/m²) abgenommen. Begleitend habe eine depressive Symptomatik mit Interesselosigkeit, Lebenskel und Selbsthass bestanden. Seit Beginn ihres Jura und Französischstudiums vor zwei Jahren fühle sie sich zunehmend überfordert. Sie habe ihre Essensmenge deutlich reduziert und vermehrt Sport getrieben, so dass es zu einer Gewichtsreduktion um 14 kg von 47 kg (BMI 16,5 kg/m²) auf 33 kg (BMI 11,6 kg/m²) gekommen sei. Ambulante und stationäre Therapien hätten zu keinem dauerhaften Erfolg geführt. Vielmehr habe sie gerade während der Klinikaufenthalte weiter abgenommen. Ihre fehlende Absprachefähigkeit und ausgeprägter Bewegungsdrang seien dafür verantwortlich, dass sie während des 3-monatigen Aufenthaltes in einer Psychosomatischen Klinik nicht zugenommen habe und letztlich auf die geschlossene Station der Psychiatrischen Klinik der LMU verlegt worden sei.

Biographische Anamnese

Patientin 25 war 21 Jahre alt und wurde als älteres von zwei Kindern eines Lehrerehepaars geboren. Sie sei ein erwünschtes Kind gewesen. Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung seien unauffällig gewesen. Nach dem Kindergarten sei sie regelrecht eingeschult worden und habe nach der Grundschule auf das Gymnasium gewechselt, welches sie mit dem Abitur abgeschlossen habe. Seit zwei Jahren studiere sie Jura und Französisch.

Sexualanamnese

Erste sexuelle Erfahrungen habe sie mit 16 Jahren gemacht, sexuelle Gewalt habe sie nie erfahren.

Psychiatrische Familienanamnese

Es liegen keine bekannten psychiatrischen Erkrankungen vor.

Somatische Anamnese

Es sind keine somatischen Vorerkrankungen bekannt. Ihre Menarche habe sie im Alter von 14 Jahren gehabt, in Folge ihrer Erkrankung sei es vor circa fünf Jahren zum Ausbleiben der Menstruation gekommen.

Vorbehandlungen

Im Zusammenhang mit ihrer Essstörung war die Patientin bisher fünfmal in einer Psychosomatischen bzw. Psychiatrischen Klinik und einmal in einer Medizinischen Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Eine ambulante Therapie habe keinen dauerhaften Therapieerfolg erzielen können.

6.2.25.2 Behandlung und Verlauf Patientin 25

Rechtsgrundlage während der Behandlung

Auf Grund fehlender Therapiebereitschaft bei einem lebensbedrohlichen Zustand wurden am 2. Behandlungstag die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung und die betreuungsrechtliche Unterbringung der Patientin angeregt. Die Unterbringung wurde zweimal für je 42 Tage verlängert. Nach Beendigung der Unterbringung wurde die Patientin auf Wunsch des Vaters, der auch Betreuer war, vorzeitig und gegen ärztlichen Rat verlegt (Abb. 131).

Therapiedauer

Patientin 25 wurde 126 Tage in der Psychiatrischen Klinik der LMU behandelt.

Gewichtsentwicklung während der Behandlung

Zu Beginn der Behandlung nahm die Patientin weiter an Gewicht ab. Nach Aufdosierung der Sondenkost kam es zu einer stetigen Gewichtszunahme und die Patientin konnte ihr Gewicht um die 46 kg stabilisieren (Abb. 132).

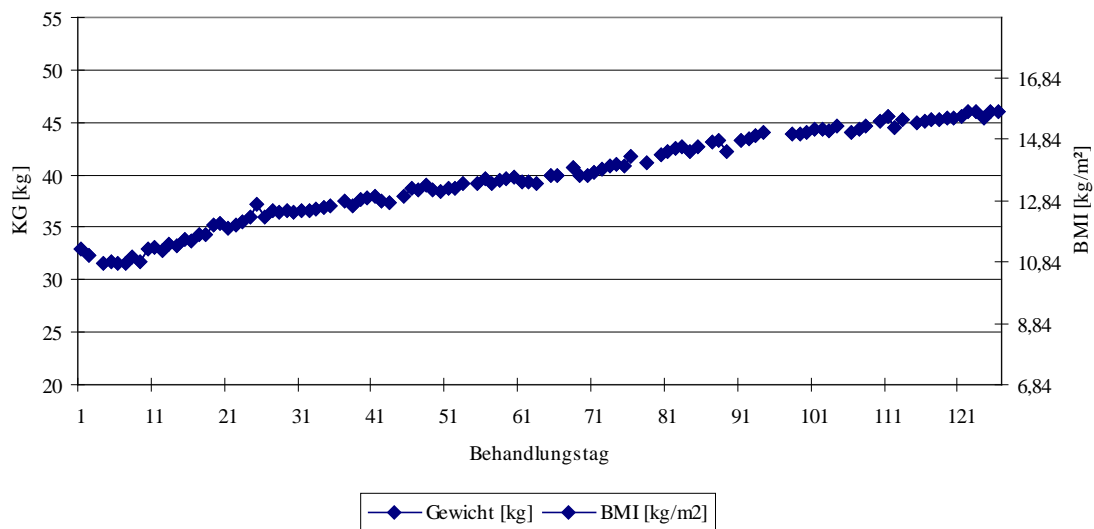


Abb. 132 Gewichtsentwicklung Patientin 25

BMI-Entwicklung während der Behandlung

Der BMI stieg während der Behandlung von 11,25 kg/m² auf 15,73 kg/m² bei der Entlassung (Abb. 132).

Ärztliche Behandlung

Für die Patientin wurde ein Therapieplan erstellt, der eine regelmäßige Gewichtszunahme vorsah. Die Patientin nahm an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen teil und im Verlauf besserte sich die Therapiemotivation deutlich. Die Ärzte setzten die medikamentöse Therapie, die Art der Ernährung und Art und Menge der Sondenkost fest und passten sie entsprechend dem Therapieverlauf an.

Pflegerische Behandlung

Das Pflegepersonal verabreichte der Patientin ihre Medikamente und die Sondenkost und unterstützte sie bei der Nahrungsaufnahme. Es war für die genaue Dokumentation der Ess- und Trinkmenge sowie der Gewichtsentwicklung der Patientin zuständig. Das Zimmer der Patientin wurde regelmäßig durch das Pflegepersonal nach versteckten Nahrungsmitteln oder Erbrochenem durchsucht. Die Patientin zeigte einen ausgeprägten Bewegungsdrang, der sich unter anderem in nächtlichen Turnübungen und stundenlanges Laufen auf dem Stationsgang äußerte. Zeitweise musste die Patientin daher im Überwachungsbereich der Station behandelt werden.

Ernährung

Auf Grund der ausgeprägten Kachexie (BMI 11,25 kg/m²) wurde der Patientin notfallmäßig eine PEG mit Duodenalsonde angelegt und ihre betreuungsrechtliche Unterbringung genehmigt. Die täglich durch Sondenkost (Fresubin energy fibre® 750 kcal/500 ml und Salvimulsin MCT® 800 kcal/500 ml) zugeführte Kalorienmenge lag zwischen 750 und 3000 kcal (Abb. 133), wobei die Patientin die Sondenkost auch trank. Die PEG-Sonde lag 123 Tage. In diesem Zeitraum nahm die Patientin 7,65 kg auf 46,00 kg (BMI 15,75 kg/m²) zu. Die Patientin manipulierte wiederholt aktiv an dem Sondensystem, u. a. indem sie Flüssignahrung wegschüttete oder verdünnte.

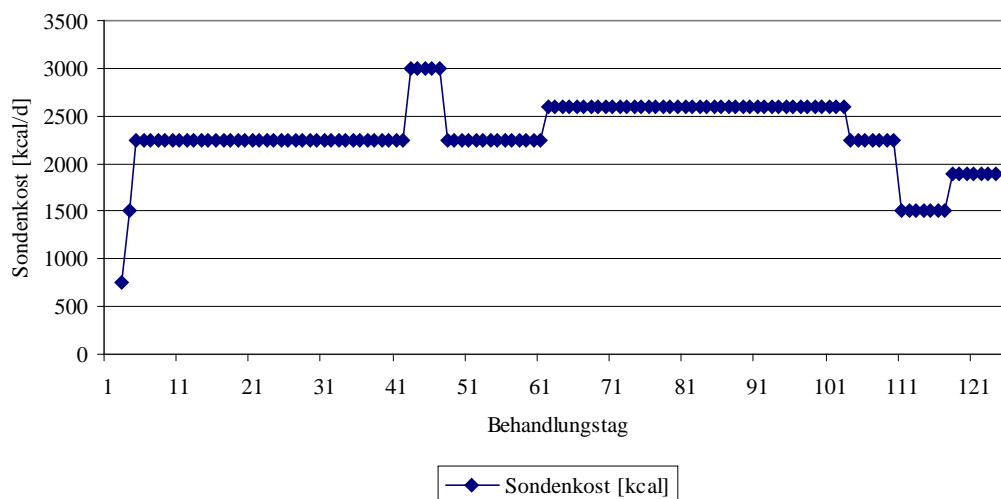


Abb. 133 Sondenkost Patientin 25

Medikamentöse Behandlung

Um die gedankliche Einengung auf die Kalorienzufuhr zu verringern wurde die Patientin ab dem 16. Behandlungstag mit Olanzapin 10 – 20 mg/Tag behandelt.

Um die innere Angespanntheit zu bessern wurde Prothipendyl Tropfen 80 – 560 mg/Tag gegeben.

Das bestehende depressive Syndrom wurde initial weiter mit Mirtazapin 30 mg/Tag behandelt. Da es unter dieser Therapie zu keiner Besserung der Symptomatik kam wurde die Therapie ab dem 21. Behandlungstag auf Doxepin 150 mg/Tag umgestellt. Unter der Therapie mit Aponal entwickelte die Patientin eine Panzytopenie (Leukozyten 2,2/nl, Erythrozyten 3,7/pl, Thrombozyten 114/nl), so dass die Therapie ab dem 57. Behandlungstag auf Ventafaxin 75 mg/Tag umgestellt wurde. Hierunter kam es zu einer Exazerbation des agitiert abwehrenden Verhaltens, so dass ab dem 68. Behandlungstag die Therapie auf Amitriptylin

150 mg/Tag umgestellt wurde. Unter dieser Therapie besserte sich die Stimmungslage. Auf Grund des erneuten Auftretens einer Panzytopenie (Leukozyten 2,8 /nl, Erythrozyten 4,09 /pl, Thrombozyten 130 /nl) musste Amitriptylin am 99. Behandlungstag abgesetzt werden. Die Behandlung wurde mit Mirtazapin 45 mg/Tag fortgeführt.

Fakultative Zusatzuntersuchungen

MRT

Auf die Durchführung eines kranialen MRT wurde verzichtet.

HAWIE-R

Bei Patientin 25 wurde auf testpsychologische Zusatzuntersuchungen verzichtet.

6.2.25.3 Entlassung und Weiterbehandlung Patientin 25

Rechtsgrundlage bei Entlassung

Die während der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der LMU eingerichtete rechtliche Betreuung blieb über den Entlassungszeitpunkt hinaus bestehen (Abb. 131).

Psychopathologischer Entlassungsbefund

Bei Entlassung zeigte sich die Patientin allseits orientiert. Die Absprachefähigkeit und der Bewegungsdrang hatten sich, ebenso wie die depressive Stimmungslage gebessert. Konzentration, formale und inhaltliches Denken waren unauffällig, es fanden sich keine Hinweise auf psychotisches Erleben oder Ich-Störungen. Suizidalität oder passive Todeswünsche bestanden nicht. Zuletzt war die Patientin in den Therapiegesprächen erstmals in der Lage gewesen, über ihre Krankheit zu reflektieren und diese als solche zu erkennen und ablegen zu wollen.

Somatischer Entlassungsbefund

Die Patientin wurde nach 126 Tagen mit einer Gewichtssteigerung um 13,10 kg auf 46,00 kg (BMI 15,73 kg/m²) entlassen.

Die Herzfrequenz lag bei 93 Schlägen/min, der Blutdruck RR 115/70 mmHg.

Das EKG war unauffällig, auf die Ableitung eines EEGs wurde verzichtet.

Im Labor zeigte sich eine Leukopenie (4,08/nl).

Weiterbehandlung

Die Patientin wurde auf Wunsch des Betreuers vorzeitig und gegen ärztlichen Rat zur Weiterbehandlung in eine Psychosomatische Klinik entlassen.

7 Abkürzungsverzeichnis

APA:	American Psychiatric Association
Aufn.:	Aufnahme
bayer. U:	Unterbringung nach dem Bayerischen Unterbringungsgesetz
BGB:	Bürgerliches Gesetzbuch
BKH:	Bezirkskrankenhaus
BMI:	Body-Mass-Index [kg/m ²]
BWK:	Brustwirbelkörper
dl:	Deziliter
DSM-IV:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association, 4. Edition
EEG:	Elektroenzephalogramm
EKG:	Elektrokardiogramm
fam. U:	familienrechtliche Unterbringung
g:	Gramm
GGT:	Gammaglutamyl-Transferase
GOT:	Glutamat-Oxalacetat-Transaminase
GPT:	Glutamat-Pyruvat-Transaminase
HAWIE-R:	Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene, Revidierte Version
Hb:	Hämoglobinwert
HF:	Herzfrequenz
Hk:	Hämatokrit
ICD-10:	International Classification of Diseases, 10. Revision
K:	Kalium
kcal:	Kilokalorien
kg:	Kilogramm
KG:	Körpergewicht
l:	Liter
lb:	britische Pfund (1 lb = 453,6 Gramm)

LMU:	Ludwig-Maximilians-Universität
LWS:	Lendenwirbelsäule
m:	Meter
m ² :	Quadratmeter
max:	Maximalwert
Med. Klinik:	Medizinische Klinik
min:	Minute
min.:	Minimalwert
mmHg:	Millimeter Quecksilbersäule
mmol:	Millimol
MRT:	Magnetresonanztomographie
MW:	Mittelwert
n:	Anzahl
Na:	Natrium
nl:	Nanoliter
PEG-Sonde:	Perkutane endoskopische Gastrostomie mit Jejunalsonde
pl:	Pikoliter
Psychosom.:	Psychosomatische Klinik
RR:	Blutdruck nach Riva-Rocchi
SD:	Standardabweichung
T-Score:	Standardabweichung unterhalb des Mittelwerts der Knochendichte eines gesunden 30-jährigen mit „peak bone mass“
TSH:	Thyroidea stimulierendes Hormon
U:	betreuungsrechtliche Unterbringung
U/l:	Einheiten/Liter
WG:	therapeutische Wohngemeinschaft

8 Literaturverzeichnis

1. *Behandlungsleitlinie Eßstörungen*. Darmstadt: Steinkopff Verlag, 2000.
2. Bürgerliches Gesetzbuch. In der Fassung der Bekanntmachung vom 2.1.2002. Zuletzt geändert durch Gesetz vom 22.12.2006 m.W.v. 31.12.2006.
3. *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV: übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association*. Göttingen: Hogrefe, 1998.
4. Eating Disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. National Clinical Practice Guideline. National Collaborating Centre for Mental Health, Royal College of Psychiatrists' Research Unit. British Psychological Society, The Royal College of Physicians, 2004.
5. Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker und deren Betreuung (Unterbringungsgesetz -UnterbrG). In: *2128-I-A1992*.
6. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Bern, Göttingen, Toronto: 1991.
7. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders, third edition. . *Am J Psychiatry* 163: 4-54, 2006.
8. **Amann B, Schafer M, Sterr A, Arnold S, and Grunze H**. Central pontine myelinolysis in a patient with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 30: 462-466, 2001.
9. **American Psychiatric Association**. Practice Guidelines for the Treatment of Patients With Eating Disorders (Revision). *Am J Psychiatry (suppl)* 157: 1-39, 2000.
10. **Attia E, Haiman C, Walsh BT, and Flater SR**. Does fluoxetine augment the inpatient treatment of anorexia nervosa? *Am J Psychiatry* 155: 548-551, 1998.
11. **Bulik CM, Sullivan PF, and Joyce PR**. Temperament, character and suicide attempts in anorexia nervosa, bulimia nervosa and major depression. *Acta Psychiatr Scand* 100: 27-32, 1999.
12. **Bundesforschungsinsitut für Ernährung und Lebensmittel**. Nationale Verzehrs Studie II Max Rubner-Institut 2008.
13. **Cardoso G, Daly R, Haq NA, Hanton L, Rubinow DR, Bondy CA, and Schmidt P**. Current and lifetime psychiatric illness in women with Turner syndrome. *Gynecol Endocrinol* 19: 313-319, 2004.
14. **Casiero D, and Frishman WH**. Cardiovascular complications of eating disorders. *Cardiol Rev* 14: 227-231, 2006.
15. **Colton P, Olmsted M, Daneman D, Rydall A, and Rodin G**. Disturbed eating behavior and eating disorders in preteen and early teenage girls with type 1 diabetes: a case-controlled study. *Diabetes Care* 27: 1654-1659, 2004.
16. **Copeland PM**. Diuretic abuse and central pontine myelinolysis. *Psychother Psychosom* 52: 101-105, 1989.
17. **Crook MA, Hally V, and Panteli JV**. The importance of the refeeding syndrome. *Nutrition* 17: 632-637, 2001.
18. **Curran L, Schmidt U, Treasure J, and Jick H**. Time trends in eating disorder incidence. *Br J Psychiatry* 186: 132-135, 2005.
19. **Danziger Y, Carel CA, Tyano S, and Mimouni M**. Is psychotherapy mandatory during the acute refeeding period in the treatment of anorexia nervosa? *J Adolesc Health Care* 10: 328-331, 1989.

20. **Deter HC, and Herzog W.** Anorexia nervosa in a long-term perspective: results of the Heidelberg-Mannheim Study. *Psychosom Med* 56: 20-27, 1994.
21. **Devuyst O, Lambert M, Rodhain J, Lefebvre C, and Coche E.** Haematological changes and infectious complications in anorexia nervosa: a case-control study. *Q J Med* 86: 791-799, 1993.
22. **Eckert ED, Halmi KA, Marchi P, Grove W, and Crosby R.** Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychol Med* 25: 143-156, 1995.
23. **Fieldsend B.** Anorexia nervosa and Turner's syndrome. *Br J Psychiatry* 152: 270-271, 1988.
24. **Frahm.** Ergebnisse einer systematische durchgeführten somatisch orientierten Behandlungsform bei Kranken mit Anorexia nervosa, in Meyer JE, Feldmann H (Hrsg) Anorexia nervosa. In: *Symposium am 24/25 April 1965 in Göttingen* Thieme, 1965.
25. **Franko DL, and Keel PK.** Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 26: 769-782, 2006.
26. **Franko DL, Keel PK, Dorer DJ, Blais MA, Delinsky SS, Eddy KT, Charat V, Renn R, and Herzog DB.** What predicts suicide attempts in women with eating disorders? *Psychol Med* 34: 843-853, 2004.
27. **Gariballa S.** Refeeding syndrome: A potentially fatal condition but remains underdiagnosed and undertreated. *Nutrition* 2008.
28. **Gillberg IC, Rastam M, Wentz E, and Gillberg C.** Cognitive and executive functions in anorexia nervosa ten years after onset of eating disorder. *J Clin Exp Neuropsychol* 29: 170-178, 2007.
29. **Gowers S, Norton K, Halek C, and Crisp AH.** Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 15: 165-177, 1994.
30. **Greenfeld D, Mickley D, Quinlan DM, and Roloff P.** Hypokalemia in outpatients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 152: 60-63, 1995.
31. **Gull W.** Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia nervosa). *Transactions of the Clinical Society of London* 7: 22-28, 1874.
32. **Gwirtsman HE, Prager J, and Henkin R.** Case report of anorexia nervosa associated with Wilson's disease. *Int J Eat Disord* 13: 241-244, 1993.
33. **Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, and Cohen J.** Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 48: 712-718, 1991.
34. **Harris EC, and Barraclough B.** Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 173: 11-53, 1998.
35. **Hebebrand J, Ballauff A, Hinney A, Herpertz S, Kopp W, Wewetzer C, Ziegler A, Blum WF, and Remschmidt H.** [Body weight regulation in anorexia nervosa with special attention to leptin secretion]. *Nervenarzt* 70: 31-40, 1999.
36. **Hentze M, and Engel K.** [Prognostic factors for long-term survival in anorexia nervosa]. *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother* 39: 173-181, 1991.
37. **Herzog W, Deter HC, Fiehn W, and Petzold E.** Medical findings and predictors of long-term physical outcome in anorexia nervosa: a prospective, 12-year follow-up study. *Psychol Med* 27: 269-279, 1997.
38. **Hoek HW.** Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 19: 389-394, 2006.

39. **Hrdlicka M, Beranova I, Zamecnikova R, and Urbanek T.** Mirtazapine in the treatment of adolescent anorexia nervosa : Case-control study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008.
40. **Imbierowicz K CI, Braks K, Geisler F, Liedtke R, Jacoby GE.** Effect of weight-regulating practices on potassium-level in patients with anorexia or bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 12: 300-306, 2004.
41. **Kahn C, and Pike KM.** In search of predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 30: 237-244, 2001.
42. **Katzman DK, Christensen B, Young AR, and Zipursky RB.** Starving the brain: structural abnormalities and cognitive impairment in adolescents with anorexia nervosa. *Semin Clin Neuropsychiatry* 6: 146-152, 2001.
43. **Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE, Hsu LK, Sokol MS, McConaha C, Plotnicov KH, Weise J, and Deep D.** Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry* 49: 644-652, 2001.
44. **Keys A, Brozek J, Henschel A, Michelsen O, Taylor HL** The Biology of Human Starvation. *Minneapolis, University of Minnesota Press* 1950.
45. **Kingston K, Szmukler G, Andrewes D, Tress B, and Desmond P.** Neuropsychological and structural brain changes in anorexia nervosa before and after refeeding. *Psychol Med* 26: 15-28, 1996.
46. **Konsensusgruppe zu Prävention Clearing Therapie und Nachsorge.** PatientInnen mit Ess-Störungen in Bayern. Herausgegeben vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz 2003.
47. **Krantz MJ, Donahoo WT, Melanson EL, and Mehler PS.** QT interval dispersion and resting metabolic rate in chronic anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 37: 166-170, 2005.
48. **Lampl C, and Yazdi K.** Central pontine myelinolysis. *Eur Neurol* 47: 3-10, 2002.
49. **Lasègue C.** On hysterical anorrexia. *Medical Times and Gazette* 6: 367-379, 1873.
50. **le Grange D, Telch CF, and Tibbs J.** Eating attitudes and behaviors in 1,435 South African Caucasian and non-Caucasian college students. *Am J Psychiatry* 155: 250-254, 1998.
51. **Lee S, and Lee AM.** Disordered eating in three communities of China: a comparative study of female high school students in hong kong, Shenzhen, and rural hunan. *Int J Eat Disord* 27: 317-327, 2000.
52. **Lohr JW.** Osmotic demyelination syndrome following correction of hyponatremia: association with hypokalemia. *Am J Med* 96: 408-413, 1994.
53. **Lowe B, Zipfel S, Buchholz C, Dupont Y, Reas DL, and Herzog W.** Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychol Med* 31: 881-890, 2001.
54. **Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, and Kurland LT.** 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population-based study. *Am J Psychiatry* 148: 917-922, 1991.
55. **McClelland L, and Crisp A.** Anorexia nervosa and social class. *Int J Eat Disord* 29: 150-156, 2001.
56. **Mikos AE, McDowell BD, Moser DJ, Bayless JD, Bowers WA, Andersen AE, and Paulsen JS.** Stability of neuropsychological performance in anorexia nervosa. *Ann Clin Psychiatry* 20: 9-13, 2008.

57. **Miller KK, Grinspoon SK, Ciampa J, Hier J, Herzog D, and Klibanski A.** Medical findings in outpatients with anorexia nervosa. *Arch Intern Med* 165: 561-566, 2005.
58. **Misra M, Aggarwal A, Miller KK, Almazan C, Worley M, Soyka LA, Herzog DB, and Klibanski A.** Effects of anorexia nervosa on clinical, hematologic, biochemical, and bone density parameters in community-dwelling adolescent girls. *Pediatrics* 114: 1574-1583, 2004.
59. **Neumark-Sztainer D, Croll J, Story M, Hannan PJ, French SA, and Perry C.** Ethnic/racial differences in weight-related concerns and behaviors among adolescent girls and boys: findings from Project EAT. *J Psychosom Res* 53: 963-974, 2002.
60. **Neumarker KJ.** Mortality and sudden death in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 21: 205-212, 1997.
61. **Nobakht M, and Dezhkam M.** An epidemiological study of eating disorders in Iran. *Int J Eat Disord* 28: 265-271, 2000.
62. **Oberlandesgericht München.** Az.: 1 U 3882 / 03. 2004.
63. **Olivares JL, Vazquez M, Fleta J, Moreno LA, Perez-Gonzalez JM, and Bueno M.** Cardiac findings in adolescents with anorexia nervosa at diagnosis and after weight restoration. *Eur J Pediatr* 164: 383-386, 2005.
64. **Patton GC.** Mortality in eating disorders. *Psychol Med* 18: 947-951, 1988.
65. **Ramsay R, Ward A, Treasure J, and Russell GF.** Compulsory treatment in anorexia nervosa. Short-term benefits and long-term mortality. *Br J Psychiatry* 175: 147-153, 1999.
66. **Roche F, Barthelemy JC, Mayaud N, Pichot V, Duverney D, Germain N, Lang F, and Estour B.** Refeeding normalizes the QT rate dependence of female anorexic patients. *Am J Cardiol* 95: 277-280, 2005.
67. **Roche F, Estour B, Kadem M, Millot L, Pichot V, Duverney D, Gaspoz JM, and Barthelemy JC.** Alteration of the QT rate dependence in anorexia nervosa. *Pacing Clin Electrophysiol* 27: 1099-1104, 2004.
68. **Rodin G, and Daneman D.** Eating disorders in patients with diabetes. *Am J Psychiatry* 148: 957, 1991.
69. **Solomon SM, and Kirby DF.** The refeeding syndrome: a review. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 14: 90-97, 1990.
70. **Strober M, Pataki C, Freeman R, and DeAntonio M.** No effect of adjunctive fluoxetine on eating behavior or weight phobia during the inpatient treatment of anorexia nervosa: an historical case-control study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 9: 195-201, 1999.
71. **Sullivan PF.** Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 152: 1073-1074, 1995.
72. **Swayze VW, 2nd, Andersen AE, Andreasen NC, Arndt S, Sato Y, and Ziebell S.** Brain tissue volume segmentation in patients with anorexia nervosa before and after weight normalization. *Int J Eat Disord* 33: 33-44, 2003.
73. **Tan J, Hope T, and Stewart A.** Competence to refuse treatment in anorexia nervosa. *Int J Law Psychiatry* 26: 697-707, 2003.
74. **Theander S.** Anorexia nervosa. A psychiatric investigation of 94 female patients. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 214: 1-194, 1970.
75. **Tsai G.** Eating disorders in the Far East. *Eat Weight Disord* 5: 183-197, 2000.
76. **Ulger Z, Gurses D, Ozyurek AR, Arikan C, Levent E, and Aydogdu S.** Follow-up of cardiac abnormalities in female adolescents with anorexia nervosa after refeeding. *Acta Cardiol* 61: 43-49, 2006.

77. **Vazquez M, Olivares JL, Fleta J, Lacambra I, and Gonzalez M.** [Cardiac disorders in young women with anorexia nervosa]. *Rev Esp Cardiol* 56: 669-673, 2003.
78. **Venzlaff U, and Foerster K.** *Psychiatrische Begutachtung*. München: Elsevier GmbH, 2004, p. 852 Seiten.
79. **Vitousek K, Watson S, and Wilson GT.** Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clin Psychol Rev* 18: 391-420, 1998.
80. **Vize CM, and Cooper PJ.** Sexual abuse in patients with eating disorder, patients with depression, and normal controls. A comparative study. *Br J Psychiatry* 167: 80-85, 1995.
81. **Walsh BT, and Klein DA.** Eating disorders. *Int Rev Psychiatry* 15: 205-216, 2003.
82. **Walsh JM, Wheat ME, and Freund K.** Detection, evaluation, and treatment of eating disorders the role of the primary care physician. *J Gen Intern Med* 15: 577-590, 2000.
83. **Walters EE, and Kendler KS.** Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *Am J Psychiatry* 152: 64-71, 1995.
84. **Watson TL, Bowers WA, and Andersen AE.** Involuntary treatment of eating disorders. *Am J Psychiatry* 157: 1806-1810, 2000.
85. **Yoshida NM, Yoshiuchi K, Kumano H, Sasaki T, and Kuboki T.** Changes in heart rate with refeeding in anorexia nervosa: a pilot study. *J Psychosom Res* 61: 571-575, 2006.

9 Lebenslauf

Persönliche Angaben

Name: Marion Ortner
Geboren: 28. März 1980, in München
Familienstand: ledig
Staatsangehörigkeit: Deutsch

Ausbildung

09/86 – 07/90 Grundschole am Amphionpark, München
09/90 – 06/99 Wittelsbacher-Gymnasium, München (Abitur, Zeugnis s. Anlage)
09/99 – 04/00 Lehrgang zum Rettungssanitäter, Aicher Ambulanz Union und
Allgemeine Sanitätshilfe e.V., München mit Abschluss zum
Rettungssanitäter
05/00 – 09/00 Ausbildungslehrgang für Rettungsassistenten, gemeinnützige
Ausbildungs- und Beratungsgesellschaft mbH Werdau

Meizinstudium

04/01 – 11/07 Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-
Universität (LMU) München
03/03 **Ärztliche Vorprüfung**
04/03 – 02/06 Studium der Humanmedizin an der LMU München (6 Semester
Klinik)
10/04 – 05/08 **Promotion:** Behandlung vital gefährdeter Anorexia nervosa
Patienten unter Berücksichtigung der Möglichkeiten des
Betreuungsrechts; Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der
LMU München, Prof. Dr. med. Gregor Laakmann. Die
Doktorarbeit liegt zur Begutachtung vor.
02/06 – 01/07 **Praktisches Jahr**
1. Tertial Chirurgie (Krankenhaus München Schwabing)

2. Tertial Innere Medizin (Toronto General Hospital, Department of Medicine, Toronto, Kanada und Singapore General Hospital, Department of Rheumatology and Immunology, Singapur)
3. Tertial Orthopädie (Klinik und Poliklinik für Orthopädische Chirurgie – Universitätsklinik Inselspital Bern, Schweiz und Orthopädische Klinik und Poliklinik - Großhadern der LMU München)
- 11/07 Zweiter Abschnitt der **Ärztliche Prüfung** gemäß ÄAppO

Famulaturen

- 07/03 – 10/03 Famulatur Unfallchirurgie (Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Klinikum Garmisch-Partenkirchen)
- 02/04 – 03/04 Famulatur Pädiatrie (Praxis Dr. med. K.-H. Laakmann, Krefeld)
- 08/04 – 09/04 Famulatur Radiologie (Institut für Klinische Radiologie der LMU München)

Berufspraxis

- 09/00 – 03/01 Vollzeitstätigkeit als Rettungssanitäter/Rettungsassistent im Praktikum bei der Aicher Ambulanz Union, München
- 03/01 – 08/02 Teilzeitstätigkeit als Rettungssanitäter/Rettungsassistent im Praktikum bei der Aicher Ambulanz Union, München
- Seit 02/08 Teilzeitstätigkeit als Wissenschaftliche Hilfskraft an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München

Veröffentlichung

Laakmann G, Ortner M, Kamleiter M, Ufer S, Frodl T, Goldstein-Müller B, Jäger M, Padberg F, Rüther T, Sadowsky N, Tischinger M, Stec I; Behandlung vital gefährdeter Anorexia-nervosa-Patienten unter Berücksichtigung der Möglichkeiten des Betreuungsrechts; Nervenarzt 2006; 77: 35-49.